

Julio de 1920.

REVISTA DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA Y CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Dirección y Administración
Llanos No. 625

PUBLICACION MENSUAL

PRECIOS DE SUSCRICION
Al trimestre..... S. 3.00
Al semestre..... " 6.00
En el extranjero al año..... " 20.00

SUMARIO

Lo esencial en la Reforma....	EDITORIAL
Un caso de síndrome de Stokes Adams.....	DR. E. ODRIÓZOLA.
Clínica de Pediatría.....	DR. ENRIQUE LEÓN GARCÍA.
La Taquicardia Paroxística..	DR. MAX ARIAS SCHREIBER.
Cátedra de Bacteriología.....	DR. EDMUNDO ESCOMEL.
Estudio experimental sobre el virus verrucógeno	TELÉMACO BATTISTINI.
Como penetró la fiebre Amarilla en Piura el año de 1919	DR. CARLOS E. ZAPATA.
REVISTA DE REVISTAS	
CONVERSATORIO CLINICO	
Las bronconeumonías gripales en la Maternidad de Lima.....	CARLOS SCHOWING.
Ligeros apuntes sobre la Blastomycosis en el Perú.....	SAMUEL LOZADA B.
Un caso de gripe con bronco - neumonía i meningitis terminal..	VÍCTOR PÉREZ ROSAS.
CUESTIONES ESTUDIANTES.	
VARIEDADES.	
Recuerdos de la vida de estudiante de Medicina en París.....	DR. DÁVILA.



COMITE DE REDACCION

CARLOS SCHOWING, **Director.**

JUAN F. VALEGA, JUAN MONTEVERDE.

TELÉMACO BATTISTINI, PEDRO WEISS.

AMADOR MERINO REINA.

LUIS F. BUSTAMANTE, **Secretario y Administrador.**



Lima - Perú

Año I - No. 2

Ofic. Tip. de "La Opinión Nacional"
Calle de Mantas Núm. 152 - Lima.

Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina

COMITE DIRECTIVO DEL AÑO DE 1920.

Presidente	E. S. Guzmán Barrón.
Secretarios	Carlos A. Solari T. y Alfonso Maldonado.
Tesorero	Gonzalo Rodríguez.
Bibliotecarios	Oscar Soto y Fernando Loayza.
Vocales	Carlos Showing, Alberto Badani, César Arméstar, José Gamero, Luis F. Bustamante, Víctor Quiroz del Valle, Alfredo León, Luis A. Montoya.

CUADRO DE COMISIONES

Comisión de Publicaciones.

Carlos Showing, Juan F. Valega, Juan Monteverde, Telémaco Battistini, Pedro Weiss, Amador Merino Reyna, Luis F. Bustamante.

Comisión de Conversatorio Clínico.

Oscar Soto, S. Sánchez Checa, José Linares, Pedro Weiss, Samuel Lozada B.

Comisión de extensión universitaria.

Luis F. Bustamante, Juan F. Valega, Leoncio Roncha, Aristóbulo Chávez H., Eduardo Goicochea.

Comisión de conferencias y cursos libres.

Alberto Badani, César González Aguinaga, Alfonso Costa, Alfredo Barreda Landázuri.

Comisión de Sport.

José Gamero, Alberto Villacorta, Alberto López, Wenceslao Salazar, Moisés Moisés Collado.

A los señores médicos!!

Sus recetas serán despachadas
a cualquier hora
del día y de
la noche
en la

Botica del Portal

DE

CARLOS E. MEJIA

La única que hace servicio nocturno

SUCURSALES:

Botica de S. Lázaro-Botica Moderna

Atiende pedidos de provincias

Shiono Chemical Works

ACOU & OSAKA—JAPON
Fábricas de productos químicos i drogas

SHIONOGI & Co, Ltd.
— OSAKA —

Exportadores de productos químicos, analíticos
Fotográficos i drogas en general.

M. Nonomiya Shoten

Representantes exclusivos en el Perú

Tienen constantemente en venta un stock de sales y productos químico-farmacéuticos de las fábricas arriba mencionadas. Atiende con esmero i prontitud todo pedido de los señores farmacéuticos i droguistas de provincias, ofreciendo atención esmerada i rápida.

Lista de precios a solicitud

Bejarano 277-Casilla 314-Teléf. 2900

LIMA

INSTITUTO NACIONAL DE VACUNA I SUEROTERAPIA

Se pone en conocimiento del cuerpo Médico de Lima, que en este Instituto se verifican toda clase de Exámenes de Laboratorio, inclusive la reacción de Wassermann, al precio ínfimo de 5 SOLES para la gente pobre y gratis para la gente menesterosa.

Se suplica a los médicos, remitir junto con la ordenanza para el análisis, un certificado que acredite la situación económica del paciente.

LA DIRECCION.

Concurso Carrión

SE ADVIERTE A LOS ALUMNOS DE MEDICINA, QUE DESEEN TOMAR PARTE EN ESTE CONCURSO, PARA EL QUE EL Dr. CARLOS MONJE HA INSTA-
TUIDO UN PREMIO, SE SIRVAN REMITIR SUS TRABAJOS ORIGINALES A LA SECRETARIA DEL CENTRO, ANTES
— DEL 15 DE SETIEMBRE. —

Centro de Estudiantes de Medicina

Se avisa a los estudiantes de Medicina, socios del Centro de Estudiantes, que la Comisión de Biblioteca se encarga de hacer pedidos de libros i revistas sin cobrar comisión alguna.

Aceite de Lagarto

En frascos originales de procedencia del Ecuador, acabamos de recibir.

Antigua Botica Francesa
MERCADERES

BOTICA "EL INCA"

DIRECTORES TECNICOS

Farmacéuticos: **Edgardo Traverso y Abel Toledo Ocampo**

Surtido completo de drogas y específicos, constantemente renovados.

Sueros, vacunas, bacterinas, serobacterinas,

sueros artificiales: gelatinado, glucosado, lactosado.

Soluciones para uso hipodérmico o intravenoso según prescripción.

Todo perfectamente esterilizado

Oxígeno y material quirúrgico

Revista

de la Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina

PUBLICACION MENSUAL

Dirección y Administración
Llanos No. 625

Lima, julio de 1920

Precio de suscripción
Al trimestre \$ 3.00
Al semestre 6.00
En el Extr. al año.... 20.00

LO ESENCIAL EN LA REFORMA

Entre los pedidos de renovación de la enseñanza médica, hay una cuestión capital sobre la que no nos cansaremos de insistir. Nos referimos a la necesidad de encarrilar la marcha de todos los servicios docentes dentro de un plan unitivo. En las primeras exposiciones estudiantiles proclamamos, como la causa más señalable del atraso de nuestra escuela, su carencia de unidad y de definida organización. Estériles serán los esfuerzos que dediquen a la útil labor de la reforma los elementos que propenden a ella, si esos entusiasmos no se disciplinan en la armonía de un plan general de enseñanza que procure la convergencia de todas las actividades.

Antes de trazar ese plan urge definir el punto de esa convergencia, es decir, la finalidad de nuestra Facultad de Medicina. ¿Debe ser ella formadora de hombres de ciencia, o educativa, o simplemente preparadora de profesionales? Preguntas son estas que tal vez se hayan formulado ya los elementos dirigentes fernandinos. En verdad, consideramos obvia la respuesta. Basta contemplar en todos sus aspectos el espectáculo de nuestro medio, para que brote la solución más aplicable. Creemos firmemente que nuestra Escuela de Medicina debe asumir un papel educativo. Esta orientación, que es la adoptada por muchas universidades progresistas, conviene admirablemente en nuestro país, donde, la enseñanza llamada superior, debe complementar, corrigiendo deficiencias y errores, nuestros primeros ciclos educativos.

Hasta ahora la Escuela de San Fernando solo ha desempeñado el papel de preparadora de profesionales. Cree lle-

nar su cometido como entidad universitaria dando al estudiante elementos que considera útiles para el ejercicio profesional; importándole poco la formación integral del individuo. Facilita, y esto deficientemente, al ejercicio de un arte adecuado para la lucha por la vida, finalidad en realidad muy pobre como objetivo universitario.

Las bases mismas de la medicina, las leyes que rigen lo normal y lo patológico, es decir, las que hacen que ella sea algo más que el simple arte de curar se descuiden casi totalmente. Negligencia tanto más grave cuanto que llegamos a la enseñanza superior con unos pocos conocimientos generales, y con una mentalidad desarrollada defectuosamente.

Esta desorientación que observamos en la Facultad de Medicina, puede igualmente anotarse en toda la Universidad. Es la misma desorganización, idéntica falta de ideales definidos. Orgullosa de sus siglos, parece haber olvidado la necesidad de renovarse constantemente en acción deliberada hacia lo óptimo y de que no basta ese progreso que la época imprime fatalmente aún a lo más retrógrado. Porque hemos progresado, es cierto, pero a pesar de nosotros mismos.

Hay que meditar este aspecto de la reforma. Hay que orientar la actividad de todos y cada uno de los servicios docentes hacia una finalidad única.

Pero esta orientación no va a surgir espontáneamente, por obra del acaso. Hay que discutir un plan general con finalidad educativa que concurre a la preparación antes que de simples profesionales, de elementos sociales útiles para el progreso nacional, de hombres en el sentido más noble y humano de la palabra.

SINDROME DE STOKES-ADAMS

Por el Dr. ERNESTO ODRIÓZOLA

Decano y Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Algunos de ustedes conocen el caso de que hoy nos vamos a ocupar. Se ha hecho memorable no sólo por las emocionantes y primitivamente engañosas manifestaciones que se señalaron en su fugaz permanencia en esta sala, sino también por los fenómenos verdaderamente insólitos que todos pudimos comprobar y sobre todo por la *originalidad* de las alteraciones que hemos sorprendido en la autopsia. Ejemplares como este no se ven sino rara vez en la vida y por este motivo, he querido acopiar todos los elementos que permitan hacer de él un estudio completo.

Era un joven de 25 años de edad, natural del Callao, soltero, de profesión fletero. Ingresó en nuestra sala el 15 de mayo de 1918 y ocupó la cama No. 51.

Sus padres viven: son sanos. Tiene tres hermanas vivas; un hermano murió de una "fiebre tifoidea". La mayor de las hermanas padece de ataques, durante los cuales se revuelca, se muerde y se araña el cuerpo, quedándose después dormida.

Nuestro enfermo, siendo niño, sufrió de "sarampión" y de "tercianas". A los 16 años, contrajo una "blenorragia" que le duró muy poco, sin complicaciones. A los 20 años, sufrió una segunda y una tercera a los 23.

Decía que había padecido de "granos" en el cuerpo; pero no existían huellas. Negaba rotundamente antecedentes específicos. En 1911, estando en Panamá, sufrió de dolores de cabeza, de palpitaciones, de fatiga, de desesperación y de sueño interrumpido por espantos que lo hacían levantar a la media noche. Estos trastornos le duraron 6 meses; después pasó todo y él siguió en sus labores. Hay en esta relación, como ustedes ven, caracteres de una excitabilidad nerviosa, que bien puede depender de *histéricas* disposiciones, como también emanar de una *impregnación alcohólica*.

Decía además, que había padecido de "dolores reumáticos". Declaraba ser onanista, llegando hasta tener tres o cuatro eyaculaciones por noche.

El 8 de diciembre del año 1917, después de una noche de crápula, sintió zumbidos de oído cuando iba por la calle; la vista se le nubló y cayó al suelo, *perdiendo el conocimiento* por breves instantes; se levantó solo y se fué a la casa de una pariente; donde le repitieron los a-

taques, llegando hasta trece el número de ellos; allí lo atendieron con remedios caseros.

El 10 de enero de 1918, después de aparente mejoría, se repitieron los ataques con mayor fuerza, durándole hasta el día 11. Esta vez se presentaron con un síntoma nuevo: "*dolor de estómago y del corazón*".

El 2 de Marzo, con motivo de haber ingerido un laxante (sal de Karlsbad), aconsejado por un facultativo, por motivo de su constipación, que ha perdurado, volvieron a presentarse y desde entonces menudeaban con mayor intensidad y frecuencia.

El enfermo tenía una mediana complexión; era de aire despierto, aunque abatido por el sufrimiento. Cuando el señor León, que leyó su historia, le interrogó acerca de su enfermedad, le dijo que lo que más le mortificaba era un "*fuerte dolor en el epigastrio, donde sentía dos bultos que lo ahogaban y no le dejaban digerir*". El día 16 de mayo, dice el mismo señor León, tuvo la oportunidad de asistir a una *crisis dolorosa*, que lo obligaba a retorcerse en su cama, llorando; fijaba entonces la mirada y después volteaba los globos oculares a la izquierda o a la derecha marcándose contracciones fibrilares en los músculos de la cara, batiendo las alas de la nariz, a la vez que su cuerpo se agitaba y sus miembros se contraían, simulando un ataque *epileptiforme*. Después de esta crisis, el enfermo quedaba lloroso.

El jueves 23 de mayo, vimos a este enfermo por primera vez. Se debatía en una crisis de llanto que a primera vista, parecía un histérico. Nos acercamos a su cama y al interrogarlo nos respondió que tenía un *dolor en el epigastrio*. Nosotros procuramos calmarlo con palabras persuasivas, que llevaran a su ánimo la esperanza de una pronta curación, cuando *palideció repentinamente*, clavó la mirada, sus ojos se tornaron a la derecha, después a la izquierda, marcándose en seguida ligeros movimientos de los párpados y de las alas de la nariz, terminando por una *brusca congestión* de toda la cara, como una *llamarada*. La *pérdida* del conocimiento fué completa; pero después volvió en sí *continuyendo su interrumpido llanto*. El ataque duraría cerca de un minuto poco más o menos.

Estábamos indudablemente en presencia de un *ataque epileptiforme*. Al momento sorpren-

dimos su significación, pues al tomar el pulso, notamos que sólo latía 18 veces por minuto; lo cual quiere decir que se trataba del síndrome de *Stokes-Adams*. Durante nuestro examen, los ataques siguieron repitiéndose, cada tres o cuatro minutos, poco más o menos, y algunos de ellos con ligeros movimientos *convulsivos* de los brazos.

El examen de su corazón, demostró el aumento de su volumen y un *soplo sisto-diastólico* de la base, con máximo de intensidad a lo largo del borde derecho del esternón, en su parte media. El *soplo diastólico*, descollaba por su exagerada longitud y por su tonalidad de *chorro de vapor*.

Resumiendo la situación, pensamos con los datos ya consignados, que había una insuficiencia *aórtica* con un *bloqueo completo* del corazón, por *degeneración* del *manejo de His*. Declaramos que el caso era gravísimo y ordenamos la aplicación de una vejiga de hielo a la región precordial, de inyecciones estimulantes de éter y de tintura de estrofantó por la boca.

Al día siguiente, viernes 24, encontramos al enfermo mucho peor. Los ataques *síncopales epiléptiformes* seguían repitiéndose en la misma forma y casi sin cesar. La *bradicardia* llegaba al colmo, pues poniendo el oído en la región precordial, llegamos a contar un intervalo de *más de 50 segundos*, sin que el corazón latiera, lo cual fué ratificado por el doctor Voto Bernal que llegó a contar hasta 58 segundos de silencio. El principio del ataque coincidía con la suspensión del pulso y una brusca palidez de la fisonomía, a la que sucedía después de terminado el ataque, una *súbita congestión* y un pulso muy pequeño, *acelerado* y desigual. La tranquilidad duraba muy poca cosa, porque los ataques volvían a repetirse sin cesar. Como el día anterior, la pérdida del conocimiento era *completa*, durante ellos.

En esta situación, no era difícil asegurar un fin próximo para este desventurado enfermo y en la tarde de ese día dejó en efecto de existir.

Pocas veces verán ustedes en el ejercicio de su profesión, un caso que ofrezca mayor interés; sobre todo cuando lleguemos a detallar las alteraciones encontradas en la autopsia, que son de una importancia verdaderamente insólita.

No entraremos todavía a hacer las reflexiones que el caso demanda sin que ustedes sepan antes, que el análisis de su orina fué normal, que el examen de su sangre demostró que habían 4.040.000 hematies y 11.000 leucocitos; que no se encontró hematizoario; que durante su corta permanencia en el hospital, estuvo *apirético*; que la reacción de *Wassermann* fué du-

dosa, y que la dermo-reacción tuberculínea fué *positiva*.

Por la descripción clínica del caso que hemos detallado, se vé pues, que ha existido en él, como hemos ya dicho, el *síndrome de Stokes-Adams*, con una *insuficiencia aórtica* y un *bloqueo completo del corazón* y como ya hemos expresado, creímos que todo esto demostraba una alteración profunda del *manejo muscular de His*. La causa era difícil de determinar de una manera categórica, pero dada su edad—25 años—la hipótesis más plausible, era la de una *sífilis*, no obstante la reacción de *Wassermann* *dudosa*. La especie de alteración generadora del trastorno material, era imposible poderla fijar, dada la multiplicidad de sus manifestaciones y aún había que considerar la existencia de una dermo-reacción tuberculínica *positiva*.

Era indudable entonces que las crisis dolorosas o *epigastrias* que ese pobre enfermo sufría con esa violencia formidable, eran en realidad, crisis de *angina pectoris abdominal*.

Los ataques *epiléptiformes*, constituyen fenómenos conocidos en el síndrome de *Stokes-Adams*; pero debe llamarnos la atención el carácter *subintrante*, como se han sucedido, por el espacio de más 48 horas, y sobre lo que culmina, como un hecho *raro*, es la *insólita lentitud del pulso*, comprobado en la mañana del 24 de mayo. Tanta fué nuestra sorpresa, al poner el oído en la región precordial y no escuchar latido alguno, que al cabo de cerca de *un minuto de silencio*, abandonamos la auscultación en la creencia de que nuestro enfermo había muerto. Semejante hecho es rarísimo pues los autores hablan hasta de 8 pulsaciones por minuto, como la cifra *más baja*.

Sin embargo, el profesor BROUARDEL, en su interesante obra sobre "La muerte súbita" publicada en 1895, dice en la página 11: "Podemos sin ser histéricos reducir o retener los fenómenos de la circulación, DONDERS y CHAUVÉAU lo han conseguido. CHAUVÉAU cuya estatura vosotros conocéis, llegaba preparándose y haciendo una gran inspiración que introducía 10 a 12 litros de aire en su pecho, a detener los latidos de su corazón, durante un minuto entero. Este fenómeno se podía comprobar no sólo por la auscultación: el esfigmógrafo, aplicado en la arteria radial, daba durante ese espacio de tiempo, una línea absolutamente recta. Algunas personas pueden, pues, detener la circulación durante un instante"

"Un inglés, el coronel TOWNSEN, pretendía que podía detener los movimientos de su corazón durante media hora. CHEYNE refiere que ese coronel enfermo desde hacía mucho tiempo, tuvo un día la fantasía de mandar buscar a los señores CHEYNE y BAYNARD que lo trataban y

al señor SCHRINE su boticario, para que fueran testigos de su experimento singular que quería repetir en su presencia; era el de hacerse morir y resucitar. El enfermo se acostó de espaldas, el doctor CHEYNE le tocaba el pulso, el doctor BAYNARD le ponía la mano en el corazón. El señor SCHRINE presentaba un espejo cerca de la boca. Un momento después no se sentía ni pulsación en la arteria, ni movimiento en el corazón y el aliento no empañaba el espejo. Habiendo durado este fenómeno más de media hora, los espectadores estaban a punto de retirarse, persuadidos de que el enfermo había ido muy lejos en su experimento, cuando percibieron un movimiento, después sintieron el pulso y los latidos del corazón volvieron gradualmente, restableciéndose la respiración; en fin, el enfermo comenzó a hablar y dejó a los espectadores igualmente atónitos de su muerte y de su resurrección. Cuando hubieron partido, el coronel hizo venir a un notario, agregó un codicilo a su testamento y expiró tranquilamente ocho horas después del experimento". (Tourdes art. *Mort*—Dict, encyclopédique de Sc. Médic., 2o. serie T. IX, pág 336).

Como se vé por esta curiosa información del profesor Brouardel, es posible la suspensión más o menos prolongada y voluntaria de los latidos cardiacos; pero clínicamente hablando, y tratándose de la *bradicardia patológica*, por alteración del *manejo de His*, me parece que ella se realiza a pesar del sujeto y como un fenómeno *inevitable de alta gravedad* en que la voluntad no puede nada y en que los fueros del pronóstico son por consiguiente intangibles y subordinados a la intensidad del síndrome. Por estas razones la paralización del corazón por *cerca de un minuto*, en el enfermo que estudiamos, es un hecho *completamente insólito* y digno de anotarse en los anales de la clínica. Y tan eminentemente grave debía considerarse esa bradicardia, con las crisis convulsivas que la acompañaban, que en la tarde de ese mismo día 24 sucumbió, víctima de uno de esos ataques, en que la paralización del corazón se hizo por fin definitiva.

Veamos ahora cuáles fueron los resultados de la autopsia.

Los ojos del sujeto estaban dirigidos hacia arriba, como que la muerte sobrevino en una crisis de ataque epileptiforme.

La *apertura del tórax* mostró los pulmones pequeños y retraídos; ligeramente congestionados en sus bases. El vértice derecho estaba endurecido y con granulaciones *reblandecidas* de aspecto *tuberculoso*.

El corazón que aquí les presento, es bastante voluminoso, pesa 430 gramos; la grasa normal que llena los surcos interaurículos-ven-

triculares, es muy abundante. Las paredes de los ventrículos, en especial la del izquierdo, están muy gruesas. Se nota la *insuficiencia clara* de las válvulas sigmoideas aórticas con la prueba del agua, como lo habíamos previsto. Sus nidos están casi borrados, por el encogimiento de la cortina valvular, la que aparece tiesa, como apergaminada, especialmente la válvula interna. Los orificios de las coronarias anormalmente dilatados. La pared de la aorta anormalmente engrosada, ostenta *rugosa* su superficie interna, con ese aspecto casi característico de las lesiones aórticas *sifilíticas*.

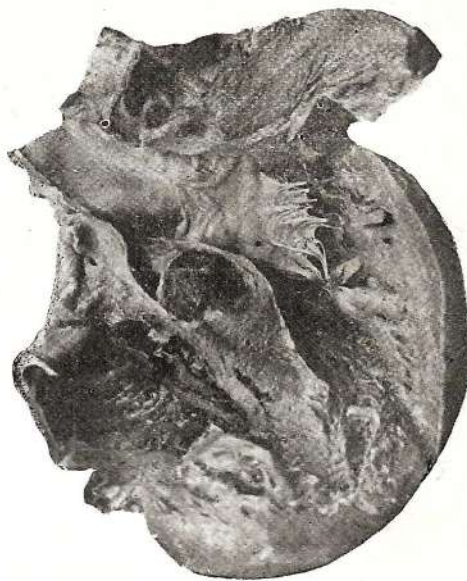


Fig. 1.—En el centro se ve claramente la sección de una goma, en el trayecto del haz de His.

El *estómago* estaba biloculado.

El *intestino grueso*, sumamente atrofiado, de menor volumen que el delgado.

Cápsulas suprarrenales, aumentadas de volumen y de consistencia dura.

Cerebro: lesiones de paquimeningitis, adherencias de la masa encefálica con la duramadre, aumento de la cantidad de líquido céfalo-raquídeo.

Volvamos a emprender ahora el examen del corazón. Este prolijo estudio, señores, pertenece al doctor Daniel Mackenzie, cuya competencia en esta materia, me complazco en reconocer.

Aurícula y ventrículos, parecen normales al examen histológico; merece apenas mención un depósito de pigmento bruno, en algunas de las fibras musculares, a inmediación de los núcleos.

Arterias coronarias, permeables y sin alteración apreciable.

Arteria aorta, a pocos centímetros por encima de las válvulas sigmoideas, hay pequeñas elevaciones, redondas unas, confluentes otras, y formando, en este caso, masas alargadas horizontales.

La elevación o montículo de la íntima, constituido por células emigrantes y por degeneración hialina de las mismas y de los haces conectivos, parece indicar un proceso arterio-esclerótico; pero la circunstancia de encontrarse en la adventicia la mayor parte de los vasa-vasorum con sus paredes engrosadas, con túnica interna en proliferación que en veces obstruye el conducto, inclina a asignar origen *luético* a la lesión, reforzando este parecer la infiltración de células redondas que también existen alrededor de los mismos vasos.

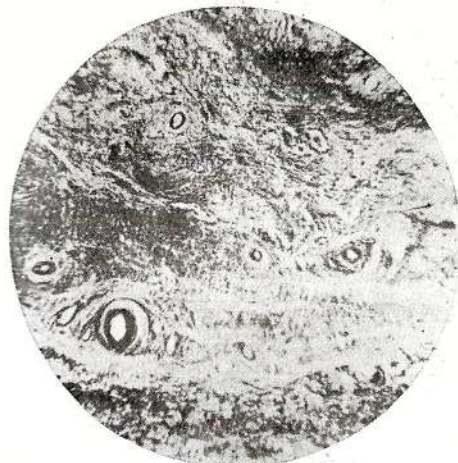


Fig. 2.—Endarteritis o periarteritis en las masas musculares, en la vecindad de un goma.

Se encuentra en el *septum* dos *gomas* del tamaño de una cereza, bastante próximas, que hacen eminencia, una hacia la aurícula derecha y otra, mucho más marcada hacia las sigmoideas aórticas en el *sitio por donde desciende el manojito de His*.

La primera, la superior, está en pleno tejido muscular y limitado por este en todo su contorno, bien que adelgazándose en el segmento vecino al endocardio auricular.

La segunda inferior, importante por los trastornos que ha ocasionado, ocupa *precisamente el trayecto aurículo-ventricular*, de tal manera que el corte anterior y vertical de *ESNEIN* la divide casi en hemisferios. Rodeada por fi-

bras musculares en tres cuadrantes, está en el resto limitada por numerosos haces librosos transversales que refuerzan el endocardio. *No hay aquí el menor rastro del manojito de His* que indudablemente ha degenerado por compresión.

Una sección horizontal en la región que estudiamos encuentra: 1o. el endocardio; 2o. una gruesa capa fibrosa y 3o. la goma, con su red fibrinosa periférica. Las fibras miocárdicas se insinúan, como cuñas entre ésta y el endocardio reforzado.

En las fibras musculares, y concéntrica a la masa *gomosa*, hay una lámina *calcárea* y en cantidad apreciable, *pigmento*. Las arteriolas del tejido muscular, en la proximidad de ambas gommas, están envueltas por el mismo manujito perivascular de tipo linfocitario que también notamos en la aorta.



Fig. 3.—Una arteria, a mayor aumento.

Como se ve, señores, el caso que acabamos de historiar, es realmente excepcional, porque el hecho de que este enfermo haya podido vivir largas horas con una bradicardia representada por un *latido* por minuto, creo que es hoy único en la ciencia.

En el número de "The Lancet" correspondiente al 24 de abril último, el doctor Strickland Goodall, resume la historia de 20 enfermos que presentaban el síndrome de *Stokes-Adams* y entre ellos el que menos pulsaciones tenía, llegaba a 10.

A pesar de la rareza de este caso, he creído instructivo ocuparme de él, porque está lleno, como ustedes han podido comprobarlo, de muy útiles enseñanzas.

CLINICA DE PEDIATRIA

Cuarta lección del curso de 1920 por el Dr. ENRIQUE LEÓN GARCÍA.

Señores:

Ya he tenido ocasión de ocuparme de las características del niño sano, "*eutrófico*", como se le llama; de las desviaciones de este tipo, que constituyen las "*heterotrofias*" y las "*distrofias*" y de las maneras anómalas de reacción orgánica, agrupadas bajo la designación genérica de "*diátesis*". He insistido en esas disertaciones semanales y, todos los días, frente a los enfermos, acerca de estos puntos, tratando de su determinación práctica individual, porque hoy, los conceptos patogénicos de las enfermedades infantiles, particularmente las del aparato digestivo—que son casi todo en la patología del niño—se basan en las doctrinas humorales, puestas nuevamente en boga por la Escuela alemana, pues no otra cosa que la reacción humoral propia de cada individuo son, en buena cuenta, las diátesis. Para formarnos un criterio clínico de cada enfermedad, diré mejor, de cada enfermo, hay, pues, conveniencia, según este concepto, en fijar o aproximarse a fijar, en cuanto sea posible, su reacción o sus reacciones diatélicas individuales.

Tratado este tema, en conformidad con el programa, que he presentado a la Facultad de Medicina, debo iniciar ahora, el estudio de los procesos de la digestión del lactante.

Tal propósito exige, previamente, la exposición de estas tres cuestiones:

Qué es la digestión normal del lactante?

Qué es su digestión anormal?

Cómo podría agruparse las desviaciones del tipo normal digestivo, dicho de otro modo, cómo podría clasificarse los procesos patológicos de la digestión del lactante?

En la lección de hoy voy a esforzarme por presentar estos puntos con la mayor claridad, cosa que quizá no logre porque la cuestión es, en realidad, más compleja de lo que parece, a primera vista.

(En este momento ingresa en la sala el Decano de la Facultad, doctor Odriozola y se dispone a escuchar la lección).

El doctor León García continúa:

Me van a permitir los señores alumnos, que interrumpa esta exposición, apenas iniciada, para saludar y agradecer la gentileza del señor Decano, que me honra y alienta, escuchándome y para celebrar su celo y diligencia, que le llevan a inquirir personalmente acerca de la manera cómo son dirigidos y enseñados sus alumnos.

Decía, señor Decano, hace un instante, que

me proponía, hoy, definir la digestión normal y la digestión anormal del lactante y ofrecía clasificar sus anomalías.

En el concepto más amplio y general, la palabra digestión expresa un trabajo complejo de disolución y transformación de sustancias heterólogas (alimentos) en sustancias homólogas de los tejidos, de modo que puedan ser incorporadas en ellos. Como no toda la sustancia es transformable, la digestión deja residuos heterólogos—que se llaman tóxicos y los fenómenos, que provocan al ser absorbidos, intoxicación.

Ustedes recuerdan bien, sin duda, los nuevos hechos y los nuevos conceptos a que se ha llegado, conducidos por las investigaciones de ERLICH y PAWLOV. La introducción parenteral—es decir directa, sin pasar por el intestino—de una molécula albuminosa heteróloga en la sangre, despierta en las células vivas, con las que entra en contacto, la cualidad de segregar y poner en libertad "*anticuerpos específicos*" o "*amboceptores*" que activados por un activador no específico, "*el complemento*" forman un fermento, que ataca a la albúmina y la disgrega en dos partes, una asimilable porque se ha vuelto homóloga y la otra, irreductible, heteóloga, tóxica y, por esta circunstancia residual de la que se debe desembarazar el organismo, llamada "*anafilotoxina de Friedberger*" que es la causa de la intoxicación anafiláctica.

La digestión gastro-intestinal, que trato de definir ahora, es un caso particular de este proceso. Una molécula de albúmina, introducida en el estómago, es un "*antígeno*", que estimula a las células gástricas a la secreción de un anticuerpo, conocido desde tiempos pasados con el nombre de "*propepsina*", profermento, que activado por el ácido clorhídrico, que hace el papel de complemento, se transforma en pepsina, que actúa sobre la molécula albuminosa y la convierte en compuestos más simples, mono y diaminados (peptonas) y en residuos, que van a salir al exterior con el excreto. En la siguiente fase de la digestión gastro-intestinal, los productos, llamados "*quimo*", que pasan al duodeno, llevan partes de alimento no atacados en el estómago; allí, las células de la mucosa intestinal, reaccionan produciendo también, un anticuerpo, el "*tripsinógeno*", que se activa por un complemento, la "*entero-quinasa*" y se convierte en tripsina, que termina el ataque de los proteicos, escapados de la acción gástrica.

Cuando la digestión es incompleta, ha demostrado VON NOORDEN que dá nacimiento a una cantidad considerable de un residuo intermedia-

rio, la *histidina*, que se transforma fácilmente en *histamina*, cuyo paso a la sangre provoca los síntomas de la enfermedad del suero y aún la muerte. La corrección del proceso digestivo gastro-entestinal, exige, pues, dos condiciones: primera, afluencia y actividad de anticuerpos en proporción a la cantidad y calidad de los antígenos (alimentos) y, segunda, integridad de la barrera celular intestinal y hepática, opuesta a la absorción de los venenos residuales a que acabo de referirme.

Cuando fallen uno de estos dos factores o ambos, a la vez, comenzará la digestión enteral a dejar de ser normal para hacerse anómala. Y ya comienzan ustedes a ver en lo que llevo dicho, un primer elemento para las definiciones, que me he propuesto hoy. La digestión, así concebida, es una lucha, un conflicto entre el antígeno (alimento) y los anticuerpos (secreciones glandulares); la digestión es un trabajo en el que debe existir proporción entre el antígeno y el anticuerpo, es decir, entre el alimento (en cantidad y calidad) y la capacidad del sistema gastro-intestinal, que le vá a atacar. Cuando estas fuerzas se equilibren, habrá digestión normal, salud; cuando ceda la potencia gastro-intestinal, habrá anormalidad, falla de digestión, dispepsia. La dispepsia, es, pues, una desproporción entre el trabajo encargado a un sistema gastro-entestinal y sus aptitudes actuales para realizarlo.

Esta situación de inferioridad celular representa una irritación anormal de la célula, que es nociva para ella misma y para la naturaleza de sus propias secreciones, que convierten la materia nutritiva en veneno celular, en vez de transformarlo, como hemos visto en materia mono y diaminada asimilable.

He aquí un concepto enteramente nuevo e interesante del proceso digestivo y de sus resonancias generales, que ustedes deben incorporar decisivamente al bagaje de sus conocimientos; cosa más factible en ustedes, los jóvenes que, en nosotros los que aprendimos de otro modo la patogenia de los trastornos gastro-intestinales del lactante; todavía, muchos médicos ilustrados se resisten, por ejemplo, a aceptar la posibilidad de que una leche materna intachable, pueda, siendo administrada asépticamente, convertirse en un veneno mortal para el lactante o provocar, siquiera, un cuadro clínico correspondiente a los descritos hasta hace poco como toxemias o toxi-infecciones gastro intestinales. Y, sin embargo, ellos mismos han visto y ven todos los días, repetirse el hecho, y escuchan las declamaciones angustiosas de las madres cuando su hijo se agrava o, quizá, fallece sin haber faltado a ninguna de las precauciones de asepsia y buena calidad del alimento que le suministró bajo la perseverante dirección de ese mismo médico.

Para FINKELSTEIN, maestro de una nueva Es-

cuela a la que estamos afiliados, la transformación del alimento en veneno solo se realiza en los individuos, que tienen ya sus epitelios alterados; pero el Maestro no ha fijado todavía definitivamente cual es la causa de esta lesión epitelial preparatoria, que pudiera ser la misma sobrecarga de trabajo.

También debe tenerse en consideración para definir la digestión normal y la digestión perturbada, la adaptación natural del alimento a la cualidad digestiva del órgano que lo va a digerir. En el lactante, el estómago, órgano nuevo, solo está preparado para digerir leche, y no todas las leches; más tarde nuevos anticuerpos digestivos le capacitarán para el ataque de más y más sustancias alimenticias; pero, en los primeros términos de la vida, sus aptitudes digestivas quedan o deben quedar allí: en el ternero para digerir la leche de vaca; en el pollino, la de burra; en el lactante humano, la leche de mujer, porque la naturaleza ha constituido tales leches de modo, que su contacto con la superficie epitelial digestiva no solamente no provoque reacciones celulares anormales, irritativas, sino ha dispuesto que cada leche despierte un estímulo secretorio saludable sobre la mucosa animal a que está destinada, es decir, que por sus condiciones físico-químicas y sobre todo vitales, las leches sean específicas para cada especie animal, haciendo no solo la digestión perfecta, sino fortaleciendo y desarrollando sus cualidades eupépticas por este ejercicio digestivo dentro del marco fisiológico. Así la leche humana para el bebé convaleciente no solamente es un alimento, sino también un remedio.

Esta adaptabilidad específica de las leches a los órganos digestivos de los animales recién nacidos, es la base de la división de HAMBURGER en leches homólogas y heterólogas y ha sido punto de partida para numerosas e interesantes investigaciones.

Si la leche de vaca es heteróloga para el niño ¿en dónde reside la causa de su heterología? No parece que todo sea cuestión de composición cuantitativa en albúminas, hidrocarburos, grasas, etc., porque las leches llamadas "humanizadas" en las que se trata de restaurar las proporciones de los componentes de la leche de vaca aproximándola a la de mujer, no han dado los resultados esperados.

MARFAN considera que cada leche contiene fermentos vivos especiales, zimazas vivas, que les confieren la especificidad de que vengo hablando.

Pero parece que hay todavía algún otro factor decisivo.

Véase la experiencia crucial de MEYER: administra a un niño caseína y grasa de leche de vaca (en proporción conveniente) en suero de leche de mujer y el niño no sufre trastornos digestivos; al mismo bebe dá la misma dosis de ca-

seina y grasa de leche de mujer en suero de leche de vaca, y el niño acusa trastornos.

Luego, la perturbación digestiva proviene del suero.

¿Qué es el suero de leche?

El suero es la parte líquida de la leche; contiene azúcar y sales, y es una solución salina de diferente concentración en cada leche.

¿Por qué el suero tendría una acción específica y podría llegar a ser nocivo?

Ustedes conocen bien los experimentos de Carrel, relativos a la acción de las soluciones salinas de concentración determinada, para mantener la vitalidad de los tejidos; ustedes saben cómo ha podido mantener la vida celular autónoma y realizar el mayor de los progresos en la técnica de los injertos animales; conocen también una derivación de sus estudios a este respecto con el uso de las soluciones de Dankin, en el tratamiento de las heridas. Las soluciones salinas en un tono determinado, son favorables a la vitalidad celular; fuera de ese tono provocan una reacción anómala, perjudicial. He aquí una solución salina, suero de leche, puesta en contacto con la superficie epitelial gastro-intestinal; si la solución tiene la concentración apropiada—leche de mujer—producirá una reacción saludable; si la concentración es diversa—caso de la leche de vaca—despertará un estímulo celular impropio y quizá perjudicial, porque, para que no lo sea, es preciso que el epitelio haya adquirido cualidades de acomodación al nuevo líquido con el que entra en contacto, que llamaremos tolerancia y costumbre.

Loeb y otros experimentadores han estudiado los resultados de este contacto y las reacciones anómalas que despiertan las atribuyen a acciones físico-químicas dependientes de desplazamientos de los iones, que provocarían una irritación celular de orden tóxico.

En tiempos pasados se atribuía los trastornos principalmente a los elementos sólidos de la leche, las grasas y la caseína; hoy se piensa, como se ve, más en el azúcar y en las sales. Repetidas veces se ha hecho el experimento: la administración de soluciones de sal común en los niños, que no hacen una digestión correcta, se acompaña sistemáticamente de fiebre (*Salzfiieber*, fiebre de la sal, de MEYER, fenómeno a que estamos habituados por otra parte, en el adulto, después de la inyección de soluciones salinas bajo la piel; cosa análoga ocurre con la administración del azúcar, en parecidas circunstancias (*Zuckerfiieber*, fiebre del azúcar de FINKELSTEIN).

En el curso de estas lecciones tendré ocasión de ocuparme con más detención acerca de la naturaleza y trascendencia de estas cualidades termógenas del azúcar y de la sal; por ahora, basta fijar los hechos, que revelan cómo estas sustancias pueden conferir cualidades nocivas

a los sueros de las leches, que se administra al bebé.

Por una u otra circunstancia, o por todas a la vez, las leches son específicas para cada clase animal y su contacto o acción sobre la superficie gastro-intestinal del animal para el que no han sido elaboradas por la Naturaleza, despiertan sobre la cubierta celular de esta superficie, reacciones forzadas, que pueden convertirse—según la sensibilidad individual—en reacciones patológicas de importancia. Por esto, con razón, en todos los tiempos, se ha llamado a la alimentación con leches específicas “alimentación natural” y a la realizada con leches heterólogas, “alimentación artificial”.

Cuales son, en la práctica, las diferencias observadas con ambas alimentaciones?. Las siguientes:

La alimentación artificial:

1o. Rebaja la capacidad del trabajo de las células;

2o. Exige más trabajo de las células digestivas;

La alimentación natural, al contrario:

1o. Aumenta la capacidad de trabajo celular; y

2o. Disminuye la intensidad del esfuerzo digestivo.

Cómo la función digestiva es un conflicto entre los *anticuerpos* digestivos y el *antígeno* (alimento), en el que las fuerzas deben estar equilibradas para la solubilización máxima y completa del *antígeno*, de manera de dejar la mínima de residuo tóxico, se entiende que la alimentación natural, que favorece este equilibrio, es saludable y la artificial, que lo rompe, nociva. Así, la administración de leche de vaca al niño y, más aún, naturalmente, la de otros alimentos extraños e inaparentes para la sollicitación secretoria de anticuerpos digestivos, es la primera de las causas de dispepsia, que debemos señalar.

La escuela francesa, MARFAN, ha descrito esta perturbación con el nombre de “*dispepsia de la leche de vaca*”; también se ha señalado dispepsias de las grasas, farináceas, etc. He aquí hechos y consideraciones que en un primer exámen, invitarían a establecer una clasificación de las perturbaciones digestivas del lactante sobre esta base etiológica, causal. Pero la insuficiencia de tal clasificación saltaría muy pronto; ella no comprendería todos los casos, pues hay trastornos digestivos de gran importancia, la enteritis, por ejemplo, ocasionados por una causa diversa, la infección, y, también por que una misma causa alimenticia produce formas diversas de dispepsia.

La clasificación de los trastornos gastro-intestinales del lactante ha sido en todos los tiempos un problema difícil y nunca bien resuelto. RILLIEZ ET BARTHES, aplicaba a estas enfermeda-

des las ideas reinantes en su época sobre la inflamación y el catarro, la hipersecreción mucosa intestinal, era la eliminación por el intestino de los materiales mórbidos de la sangre; pero, como respuesta a esta teoría, se veía la desproporción entre el moco eliminado y los trastornos generales del enfermo; más tarde surgió la clasificación en diarrea idiopática (término que no dice nada) e inflamatoria, palabra que no dice mucho más; después, la Anatomía Patológica, en boga, impuso su presencia, dando lugar a numerosas descripciones, que se resumían en ésta: 1o. Trastornos digestivos sin lesiones (Dispepsias); 2o. Trastornos con lesiones (Catarros, caquexia y atrepsia o bien localizaciones del aparato folicular, enteritis, disenteria).

Mas esta clasificación, que tiene la pretensión de llamarse anatómica, falla precisamente por la falta de comprobaciones anatómicas, ya que en uno de sus grupos, las dispepsias, ella misma reconoce la ausencia de lesiones y en el otro rubro, las lesiones, cuando se las encuentra, no corresponden de ninguna manera, a la entidad y naturaleza del mal.

Con los descubrimientos de PASTEUR y sus alumnos, bajo el imperio ejercido, con tanta justicia como brillo, en todos los campos etiológicos y patogénicos por las doctrinas bacterianas, los trastornos digestivos del lactante fueron contemplados también bajo esta nueva luz solucionadora de innumerables problemas pendientes hasta entonces; la Escuela Pasteuriana se impuso, en el concepto patogénico de las enfermedades que ahora estudiamos, desde el primer instante. La infección se agregó a la intoxicación gastro-intestinal, que ya había sido considerada también por los clínicos pediátricos. Y nacieron las enteritis infecciosas y las toxi-infecciones intestinales del lactante y con tal concepto patogénico, casi unívoco para la mayoría de los trastornos intestinales de las criaturas, se impuso también como medio casi exclusivo de la profilaxia y del tratamiento, la esterilización de las leches, la dieta entendida en este sentido y la desinfección del tractus digestivo.

Reconozcamos la gran participación de una falange microbiana, por otra parte, no determinada ni clasificada todavía, en la génesis de estos procesos y reconozcamos el bien inmenso realizado, hasta ahora, por la profilaxia y por la terapéutica derivadas de las doctrinas infecciosas; pero—y sobre este punto reclamamos la preferente atención de ustedes—escuchemos a los nuevos maestros alemanes, cuando nos enseñan que innumerables casos, juzgados en Francia de procedencia infecciosa e incluidos bajo los rubros de enteritis o toxi-infección, no son en realidad sino intoxicaciones primitivamente puras, en las que los microbios, si tienen alguna participación, es secundaria y tardía.

Para hacer su clasificación FINKELSTEIN (de

Berlín) no se basa en suposiciones, más o menos fundadas, sino en el verdadero estado del niño comprobado por el exámen funcional del curso de su digestión. Y por digestión entiende, no sólo la gastro-intestinal, la que hemos estudiado todos hasta ahora, sino también la digestión general o celular, el metabolismo de las sustancias absorbidas, después del ataque gastroentérico y que deben ser fijadas e integradas a los tejidos.

Para fijar las ideas, supongamos un niño normal (ideal) acabado de nacer y demosle 20 gramos de leche de mujer ordeñada; observaremos pérdida de peso. Dómosle la dosis, 40 gramos de leche de mujer, ordeñada; observaría—kilo, y el peso disminuye menos, pero disminuye; es necesario alcanzar los 100 gramos para llegar a un peso estacionario. A las primeras raciones, se les llama de "hambre", a la última "mínima" o de "equilibrio". Aumentemos la dosis, demos 150 gramos por día—kilo, el niño gana el peso perdido y se mantiene en las mejores condiciones de desarrollo. Esta es la ración "óptima" porque si aumentamos todavía lentamente a 200 gramos la curva de pesos se mueve más trabajosamente. Los 200 gramos constituyen una "ración de lujo" mayor que la necesaria para el crecimiento, pero que da todavía aumento de peso. Las reacciones de crecimiento en las que un aumento de cantidad de alimento se traducen por un aumento de peso, las llama FINKELSTEIN "reacciones ortodojas".

Si pasamos a los 225 gramos de leche por día—kilo, la curva no se mueve o muestra ya tendencia a descender. Esta es la "reacción máxima"; mas allá de esta dosis, el descenso es franco, la digestión se perturba, la enfermedad comienza; la reacción es "paradójica"; la tolerancia del niño se ha roto.

El límite de la tolerancia nos indica la cantidad máxima de alimento que un niño puede soportar y con la que vá mejor, sin caer en una reacción paradójica.

Ahora bien, nada es más variable que este límite de tolerancia; varía con cada niño, en el mismo niño con innumerables circunstancias, varía con la clase de alimentación, con su cantidad, con su frecuencia. Estudiando y agrupando estas intolerancias y las circunstancias que las hacen ceder. FINKELSTEIN ha introducido un método práctico de diagnóstico que sirve de base a una clasificación de base funcional, que vamos a ver.

Por otra parte, en este estudio de las tolerancias y sensibilidades especiales del bebé, la escuela alemana, particularmente, toma en consideración muy importante, la acción del calor, del calor húmedo especialmente, sobre el organismo y, sobre el aparato digestivo del lactante, en los que reproduce los trastornos generales y locales, descritos por los autores con el

nombre genérico de insolación, que tienen por característica local, la violenta reacción intestinal conocida con la designación de "cólera infantil" y que en una forma menos aguda, se manifiestan por una fiebre experimental, fácilmente combatida por el baño frío. A este respecto he de hacer una lección especial, en la que describiré la fiebre artificial producida en el niño por su exposición directa al calor solar, durante un tiempo más o menos largo o también por su permanencia en locales cerrados y húmedos, en los que elevan la temperatura los fuertes calores del verano, proceso que vemos todos los días entre nosotros, considerado por nuestros clínicos como enteritis del verano y que según la nueva clasificación no es enteritis, en el sentido, que debe darse a esta palabra, sino intoxicaciones o mejor, catarros gastro-intestinales.

Reuniendo estos hechos y consideraciones y recordando la significación y alcance, que he tratado de dar a la palabra digestión, estimada como un proceso general, que no se localiza precisamente al aparato llamado digestivo sino que tiene su asiento y ejercicio en la economía toda, puesto que se realiza en la sangre y en la intimidad de los tejidos; reconociendo que la digestión, que hemos visto hasta ahora solo es la "externa", y que solo en ella hemos tenido la costumbre de observar todos los trastornos, pero que hay otra digestión "interna" o celular, quizá más importante porque representa el metabolismo final e íntimo que confiere las materias, las cualidades, o atributos de la albúmina viva, "el biógeno" como se la llama, debe admitirse que, en la mayoría de los casos, los trastornos digestivos tenga un origen más general y que el desorden gastro-intestinal sea solamente una manifestación más ostensible y apreciada del proceso general.

Este concepto, justifica, en primer lugar, el nombre de *Ernährungsstörungen* (trastornos de la nutrición) que les dió CZERNY y que COMBE designa con esta sola palabra, "*Distrofias intestinales*", que nosotros adoptaremos.

He aquí, pues, que tenemos nuestro grupo de enfermedades digestivas del lactante englobadas en una designación muy característica, las

distrofias intestinales, que, muy naturalmente, se dividen en distrofias agudas y crónicas.

Y, volviendo a las consideraciones, hechas a propósito de los grados diversos de la "*tolerancia digestiva*" del lactante, respecto a raciones diversas en cantidad y calidad del alimento, puede establecerse los siguientes grupos:

A.—DISTROFIAS DE INANICION.—

Trastornos digestivos, que pueden producirse bajo la influencia de la ración insuficiente, que comprenden:

1o.—*Distrofias de inanición propiamente dicha*, las producidas por la carencia de alimento, el hambre.

2o.—*Distrofias de sub-alimentación*, que pueden ser cualitativas cuando falta determinado elemento alimenticio, por ejemplo, el agua (fiebre de la sed) o cuantitativa, cuando es la cantidad del alimento, la que falta (dieta mal entendida", dispepsia a médico").

B.—DISTROFIAS DE ALIMENTACION comprenden:

1o.—*Las dispepsias alimenticias*, que lo son:

a) por sobre alimentación (dispepsia cuantitativa) y

b) por mala alimentación (dispepsia cualitativa).

2o. *Distrofias orgánicas o constitucionales*, que se definen con su sola designación.

3o.—*La atrepsia*.

4o.—*Catarró intestinal*. (Intoxicación).

C.—DISTROFIAS DE INFECCION INTESTINAL. (Enteritis).

Sobre la base de esta manera de comprender la digestión normal y anómala del lactante y sus anomalías, describiré en las próximas lecciones y, en todas las ocasiones, que serán muchas, que se me presenten en la clínica, uno por uno, los cuadros, que corresponden a la clasificación, que acabo de diseñar.

(Al finalizar su interesante lección el doctor León García, fué objeto de una cariñosa manifestación de simpatía de parte de los alumnos y el señor Decano le expresó, así mismo, sus felicitaciones, como su opinión favorable por las ideas sostenidas sobre este punto por la Escuela Alemana).

LA TAQUICARDIA PAROXISTICA

ADQUISICIONES MODERNAS DEDUCIDAS DEL ESTUDIO DE LOS ELECTRO CARDIOGRAMAS.

Por el Dr. MAX ARIAS SCHREIBER

En este tipo clínico, único que aparece neto en medio del caos de las aceleraciones cardíacas, se ha concentrado casi toda la atención de los que han renovado la historia de esas disritmias y, con relación a él se han modificado las demás aceleraciones.

Como sabemos la taquicardia paroxística consiste en una extrema aceleración de los latidos del corazón (hasta 300 por minuto) que sobrevienen paroxismalmente, accesos de varia duración (desde unos minutos hasta muchas semanas), y de gravedad variable.

Al anterior concepto puramente clínico las adquisiciones recientes permiten adicionar algunas precisiones más. Así, los accesos están constituidos por contracciones cardíacas anormales heterogenéticas o heterotipas; contracciones del mismo orden de los extrasístoles, al punto que JOSUE dice que los accesos taquicárdicos son realmente series de extrasístoles que durante tiempo más o menos largo ocupan el lugar de las contracciones cardíacas ordinarias.

HISTORIA.—Puede decirse que se ha desenvuelto en los siguientes periodos:

a) En el primer período solo hallamos casos esparcidos registrados por HUPPERT (1884), por PROEBSTING (1882), PIBRAM (1882) BRISTTOWE (1888), etc., pero cuyas observaciones andaban confundidas aún con el vasto grupo de las aceleraciones cardíacas.

b) El segundo periodo lo llena las publicaciones de la fundamental memoria de BOUVERET (1889) basada en anteriores trabajos y en hechos personales, y en la que se establece magistralmente la individualidad clínica de esta variedad taquicardiaca, y en la que se traza el cuadro que ha pasado a ser clásico de esta afección que él llamaba "*taquicardia paroxística esencial*", y que después se denominó con razón "*Enfermedad de Bouveret*". Su descripción fué aceptada por todos los autores principalmente por DEVOBE y BOULAY quien al año siguiente (1890), insiste sobre la hipertensión arterial y las modificaciones de la orinas en el curso del acceso.

c) En el tercer periodo numerosas observaciones vinieron a probar que la taquicardia paroxística puede aparecer secundariamente en el curso de cardiopatías orgánicas o de diversos estados patológicos y que el síndrome en su forma esencial o secundaria puede presentar idénticas fenomenología y evolución clínica (HERRINGHAM, HOFFMANN, APERT, WEILL)

Desde entonces se estudian conjuntamente la taquicardia paroxística esencial y las sintomáticas que no sean aceleraciones simples.

d) En el cuarto periodo o actual las innovaciones de concepto hánse renovado totalmente.

Para mostrar toda la extensión de las transformaciones que se han efectuado en esta cuestión, precisa recordar ante todo que características esenciales reconocían a esta enfermedad los clásicos tratados de estos últimos años, con unánime opinión:

Todos estaban de acuerdo en considerarla como incontestable entidad morbosa separada por infranqueable franja de todas las demás aceleraciones del corazón, rechazadas y confundidas con relación a ella en un agrupamiento único: el de las taquicardias sintomáticas. La enfermedad de BOUVERET era por definición "esencial", independiente de toda afección preexistente; era una neurosis distinta, de naturaleza singularmente imprecisa, y de etiología vaga e incierta en la que intervenía "ninguna mácula hereditaria adquirida. Así, pues, la enfermedad de BOUVERET era definida desde el aspecto causal, no por su etiología sino por su falta de etiología: era así una enfermedad suspendida en el aire.

Actualmente los autores que han reanudado este estudio analítico innovador, se han preocupado sobre los cuatro puntos siguientes: el modo de funcionar del corazón durante los accesos taquicárdicos; las reacciones de esta irregularidad con otras disritmias; su etiología, su génesis; y en fin su tratamiento. Examinaremos a turno cada uno de estos aspectos.

Descripción clínica.—Comprende el estudio del paroxismo, de la marcha del acceso, y de la evolución de la enfermedad.

El acceso.—

A menudo el acceso de taquicardia paroxística sobreviene tras fatigas o emociones; a veces son causas fútiles las que le determinen; hay veces que escapa la causa ocasional y se produce inopinadamente.

Comienza siempre buscamente; si bien algunas veces hay prodromos tales como desvanecimientos, vértigos y sensación de contricción epigástrica. El enfermo experimenta una angustia precordial súbita, seguida de dos o tres choques espaciados que corresponden a extrasístoles.

toles; después el ritmo se altera elevándose de golpe a 150, 200 y hasta 300.

Si entonces se examina la región precordial se la vé animada de pulsaciones amplias y enérgicas que contrastan exageradamente con la extrema debilidad del pulso en el cual cuesta trabajo contar el número de pulsaciones.

El dedo solo siente entonces como una ondulación vaga, sin ritmo. En las venas del cuello las pulsaciones son de ordinario tan violentas como en el corazón, al punto de distender la yugular formando como un globo cuyas expansiones regulares pueden contarse con la vista lo mismo que por la palpación entre los dos haces del esterno cleido-mastoideo.

A la auscultación los ruidos cardiacos tienen corrientemente carácter fetal; su intensidad es a veces exagerada; los soplos que tal vez hubiese en tiempo habitual, desaparecen casi siempre, particularmente el soplo presistólico de la estrechez mitral; los soplos diastólicos persisten algunas veces.

Las dimensiones del corazón se modifican poco durante los paroxismos cortos; HOFFMAN ha visto en la pantalla radiocópica que muchos accesos no se acompañan de cambio alguno del corazón; sin embargo WINTERNIZ, MANTIUS, HERTZ, han visto y comprobado algunas veces ligero aumento de la matidez sobreviniendo al comenzar el acceso y persistiendo sin acentuarse.

La presión arterial máxima es baja; la presión mínima es relativamente menos baja; de donde resulta que la diferencia entre las dos cifras o presión diferencial está disminuída. Así se halla con el aparato Pachon una presión máxima de 10 y una mínima de 7; presión mínima difícil casi siempre de percibir por la poca extensión de las oscilaciones.

La extrema rapidez del ritmo no siempre es percibida por el enfermo; la mayor parte de ellos solo experimentan angustia penosa con mengua de la capacidad para el trabajo. Por esto se les vé inmóviles, quietos, con laxitud extrema, malestar indefinible, sin palpitaiones; se quejan de una sensación de barra constrictiva en el pecho; el rostro está pálido, a menudo cubierto de sudores, y los labios cianóticos; a pesar de todo permanecen de pie por la general, salvo prescripciones médicas anteriores, y sólo guardan cama tardíamente. Existe además insomnio y disminución del apetito, con lengua saburral. Algunas veces se presentan náuseas y vómitos.

Otras veces la taquicardia es consciente, se asocia a palpitaciones sentidas sobre todo en la base del cuello; en general no hay disnea, pero JOSUE ha registrado casos en que la crisis de taquicardia se acompañaba de verdadera disnea paroxística. En algunos enfermos se manifiesta el acceso tan solo por dolores anginosos que

pueden ocasionar error diagnóstico (MERKLEN).

Si el acceso se prolonga los desórdenes urinarios no tardan en presentarse, comprobándose oliguria acon azoturia y a veces albuminuria.

Por último, se comprueba con bastante frecuencia la presencia de fenómenos nerviosos asociados: sudores abundantes, desórdenes pupilares, náuseas, vómitos, glucosuria, agitación nocturna, fiebre, y a veces sensación dolorosa en el pecho, con o sin irradiación al brazo izquierdo reveladores de dilatación cardíaca.

Marcha de los accesos.—

Varía según los casos. BOUVERET distingue los accesos cortos y los prolongados.

El acceso corto puede durar desde 25 segundos, unos minutos y tres o cuatro días; se acompañan de un poco de palidez de la cara, ligera disnea, a veces insomnio, anorexia, pero el estado general jamás es inquietante y hasta puede continuar el enfermo sus habituales ocupaciones. Son considerados en este caso como simples crisis de palpitaciones aunque su pronóstico no difiere en nada, como veremos, del de las crisis típicas.

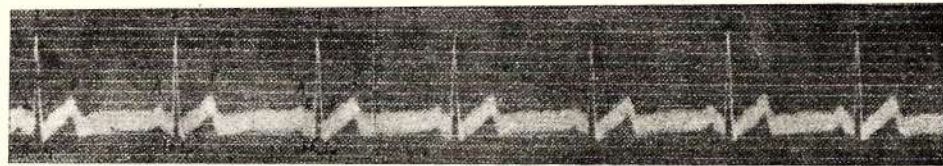
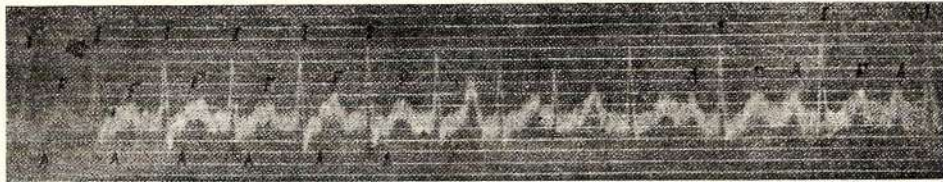
El acceso largo puede durar unos días o muchas semanas. La postración, el acabamiento de los enfermos se acentúa cada vez más, y la cardioectasia no tarda en aparecer.

Los signos de insuficiencia se inician por señales de congestión pulmonar y a veces infartos hemoptoicos: así abre la escena espectoración sanguinolenta, la cara se cianosa, las yugulares se dilatan, el hígado congestionado se pone grueso y doloroso, las orinas emitidas en menor cantidad son oscuras y albuminosas, aparece el edema en los miembros inferiores que sube más o menos alto; las dimensiones de la matidez cardíaca aumenta traspasando ampliamente el borde derecho del esternón; a veces se oye soplo de insuficiencia tricuspídiana funcional; agitación, insomnio, pesadilla, delirio, miosis, sudores, y por último la muerte que es la terminación frecuente de esta aguda dilatación cardíaca.

En los casos favorables la terminación del acceso es del todo particular; cesa tan bruscamente como se inició.

De pronto el enfermo se siente curado, el pulso recobra instantáneamente su ritmo normal; se verifica una emisión de orinas claras y abundantes, y el paciente acusa una sensación de bienestar. A menudo el enfermo experimenta, cuando cesa el paroxismo, como una sensación de ruptura o de estallido en el pecho.

Hay ocasiones en que el acceso termina antes de que el enfermo tenga conciencia de ello; así ocurre en aquellos que pueden dormirse y que se despiertan curados; en otros a medida que las crisis se repiten las sensaciones subjetivas se borran y las crisis pueden terminar por una transición insensible. Pero lo corriente es



En la parte superior, electrocardiograma de la taquicardia paroxística.—En la segunda mitad de la gráfica se expresa la terminación del acceso i el retorno al ritmo normal.
En la parte inferior, electrocardiograma normal.

que el acceso cese bruscamente, incluso cuando es prolongado, viéndose entonces desaparecer muy rápidamente en el espacio de pocas horas los signos de insuficiencia cardíaca y los de éstasis venoso.

En los accesos largos con dilatación cardíaca, la poliuria sucede a la oliguria, redúcese progresivamente la matidez cardíaca, y después de algunos días de debilidad general y de inestabilidad cardíaca el enfermo se encuentra de nuevo en su estado normal.

Pero la terminación no siempre es favorable, pues es de temer la muerte súbita en todo acceso, pero sobre todo en los que se prolongan. Finalmente, el enfermo puede sucumbir también a la insuficiencia cardíaca.

Nótase a veces la voluntaria detención del acceso por ciertas maniobras siempre las mismas en cada enfermo; posición de esfuerzo APERT, compresas calientes precordiales LAACHE, decúbito-horizontal DEVIC, y sobre todo vómitos provocados STOKES, WEILL.

Evolución de la afección

En el intervalo de la crisis la función del corazón no difiere de la normal, aunque algunos sujetos presentan muy frecuentes extrasístoles (VASQUEZ) De modo que los accesos pueden estar separados por muchos meses y hasta años, y en tanto mantenerse la salud perfecta. Unas veces se vé a los accesos espaciarse progresivamente y desaparecer definitivamente cuando son cortos; pero lo más corriente es que se aproximen alargando al paroxismo; la enfermedad termina por la muerte en el curso de un acceso largo. HUCHARD ha observado la transformación en taquicardia continua:

Análisis y caracteres de la gráfica:

Los creadores del tipo clínico de la taquicardia paroxística precisaron bien los caracteres objetivos groseros de esta distritmia, pero por falta de medios de indagación bastante precisos no pudieron extender más sus investigaciones en este sentido. Habían dejado por resolver un interesante problema: la contracción cardíaca en estado de taquicardia paroxística, es idéntica en su naturaleza a la del corazón normal; Se compone de los mismos tiempos que una revolución cardíaca normal, o bien algunos de estos son modificados, invertidos o abolidos? Problemas un tanto resueltos por medio de los métodos gráficos y la electrocardiografía.

Al pronto se esperaba mucho del método gráfico, pero es lo cierto que tal esperanza se ha frustrado en gran parte. Los trazados tomados durante los accesos de enfermedad de Bouveret resultan de muy difícil lectura; las distintas ondulaciones del flebograma yugular aparecen enmarañados, confundidos, por causa de la extrema rapidez con que se suceden los sistoles; tal curva constituye a veces verdaderos jeroglí-

ficos a pesar de utilizarse aparatos registradores de suma rapidez en sus movimientos y que permiten espaciar mucho las ondas que apuntan; el hombre más acostumbrado en Europa a leer estos trazados, el maestro MACKENZIE, confiesa estas mismas dificultades.

Sin embargo, el método gráfico nos ha enseñado un importante hecho; el que durante los paroxismos hay "por regla general algún cambio en la naturaleza de la contracción cardíaca".

En efecto, se ha observado las más de las veces que en los flebogrames yugulares falta uno de los fenómenos esenciales característicos de tales curvas en estado normal: el alzamiento presistólico ocasionado por el sistole de la aurícula. Ni rastro queda de tal accidente; cada contracción del corazón no imprime ya a las venas del cuello más que dos alzamientos sistólicos o solo uno. Toma el pulso venoso la forma ventricular, y esta modificación se efectúa desde los comienzos de los de taquicardia, de tal modo que no podía ser atribuido a ese estado de cansancio y más particularmente de paresia auricular en que cae el corazón a consecuencia de prolongados esfuerzos.

Mas, cómo explicar esta anomalía dice ESMEIN? La onda ausente, ha sido absorbida por el alzamiento ventricular de la revolución cardíaca precente; Está paralizada la auricular? O bien está cambiado el orden de las contracciones, entrando la aurícula en sistole al mismo tiempo que los ventrículos, y confundiendo su esfuerzo con el esfuerzo ventricular, cual quería MACKENZIE, en su teoría del ritmo nodal?

Cuestiones todas a las que difícilmente contestaba el método mecánico por no hallarse en condiciones para ello, así como no podía dilucidar tampoco otros fenómenos observados en otros casos raros.

Tal es, que en algunos individuos esa distritmia no hace desaparecer de los flebogrames el alzamiento presistólico auricular. Persiste este accidente que hasta puede presentar altura insólita, y a veces, "se aproxima más que de costumbre al alzamiento presistólico", debido a la entrada en contracción de los ventrículos. En la explicación de este último hecho era precisamente en donde enmudecía el método gráfico.

Corresponde a la electrocardiografía precisar nuestros conocimientos sobre tal extremo. La electrocardiografía, en efecto, nos ha puesto en condición de discernir en una revolución cardíaca algo que hasta ahora eramos del todo incapaces de apreciar: "el sitio de origen de la incitación que dá lugar a un sistole del corazón".

Lewis, con otros, nos ha enseñado que la forma de todo electrocardiograma está subordinada al sitio de origen de la contracción cardíaca, de la cual es imágen, que todos los sis-

toles emanados del mismo punto del miocardio tienen una representación electrocardiográfica análoga y distinta de las representaciones suministradas por las contracciones cardíacas de otros territorios miocárdicos.

Aplicando estos datos al análisis de la taquicardia paroxística, LEWIS y otros autores han comprobado que las contracciones precipitadas del corazón características de esta disritmia, no tienen nunca la morfología de las contracciones originarias de la zona de donde emanan las contracciones normales. Su forma muestra que se originan en regiones distintas y que pertenecen ora a los ventrículos, ora a las aurículas, ya al tabique aurico-ventricular.

Es más, aún en el caso en que las sístoles de una crisis de taquicardia paroxística se presenten en las gráficas con la forma de un período cardíaco normal y con un alzamiento pre-sistólico auricular, aún en ese mismo caso la electrocardiografía prueba que esos sístoles no son normales, sino falsamente normales nacidos de una parte de la aurícula vecina a la en que se elabora la normal contracción cardíaca, pero no obstante distinta de ésta.

En suma los caracteres de los trazados son: en el esfigmograma radial las elevaciones son rápidas y poco elevadas. Los trazados simultáneos de radiales y yugulares dicen que: lo más a menudo las contracciones anormales tienen su lugar de origen en las aurículas; comprobándose entonces frecuentemente la presencia de tres elevaciones, *a*, *b*, *c*, del pulso venoso; el espacio *a*, *c*, está disminuido; espacio tanto más corto, de modo general, cuanto las contracciones parten de un punto situado más bajo de las aurículas.

Cuando las contracciones parten del núcleo de Tawara o sus inmediaciones (taquicardia nodal), se pueden presentar diferentes casos; 1o. q' *a* preceda a *c*, pero el espacio *a*, *c* se halla muy disminuido (punto de partida por encima del nódulo); 2o., que *a* y *c* estén confundidos (punto de partida a nivel del nódulo o muy cerca de él); 3o., que *a* vaya después que *c* (punto de partida por debajo del nódulo). En efecto la incitación contractil necesita un cierto tiempo largo relativamente para atravesar el módulo de Tawara, según HERING.

La electrocardiografía permite precisar el punto de partida y los caracteres de las contracciones anormales; en los accesos con punto de partida auricular y vecino del núcleo sinusal, la

elevación PP del electrocardiograma forma una saliente por encima de la línea horizontal; si las contracciones parte de la parte media de su aurícula la elevación P está reemplazada por una línea horizontal; finalmente P se halla invertida si el foco de origen de las contracciones se sitúa en la parte inferior de las aurículas. Cualquiera que sea, después de todo, la forma de P, esta elevación difiere siempre durante las crisis así como en su intervalo: la electrocardiografía permite pues, precisar los caracteres de las contracciones auriculares anormales. El espacio PR por lo general está disminuido como el espacio *a* *c* de los trazados.

En los casos de taquicardia paroxística nodal, PR está muy disminuido y además P está invertida. Las crisis de taquicardia paroxística con punto de partida ventricular se observa muy raras veces; también en ellas la electrocardiografía permite discernir el punto de partida del acceso, de modo que si las contracciones anormales se originan en la pared del ventrículo derecho o en la base de los ventrículos darán lugar a una elevación aguda seguida de un descenso más o menos obtuso; si las contracciones anormales nacen en el ventrículo izquierdo o en la punta se comprobará una caída en ángulo agudo seguido de una elevación más o menos obtusa.

Se pueden comprobar crisis plurifocales ya sea que bruscamente en el curso de un acceso el punto de origen de las contracciones cambie, ya sea que el enfermo presente crisis con punto de partida diferente cada una.

A veces se vé sobrevenir la fibrilación auricular en el curso de un acceso; en otros casos un acceso de fibrilación auricular puede reemplazar al acceso ordinario, lo que no debe sorprender dadas las relaciones íntimas existentes entre las relaciones heterogénicas y la fibrilación auricular.

Si existe fibrilación el pulso se vuelve rápido y disrítico al mismo tiempo que todo rastro de elevación auricular desaparece en los flebogranas y que los electrocardiogramas presentan el aspecto característico o sean elevaciones P ausentes, presencia de pequeñas elevaciones repetidas, representativas del temblor fibrilar de las aurículas, irregularidad de las elevaciones R que son de una altura desigual y separadas por intervalos variables.

LECCION INAUGURAL DEL CURSO DE BACTERIOLOGIA QUE DEBIO SER DICTADA POR EL PROF.

DR. EDMUNDO ESCOMEL

Laureado de la Academia de Medicina de París.— Miembro Honorario de la Academia de Río de Janeiro y de la Facultad de Ciencias de Lima.

A su paso por Arequipa, los delegados de Medicina al Congreso de Estudiantes, que se reunió en el Cuzco, solicitaron al Dr. Escomel en colaboración para la Revista, quien nos ha remitido el siguiente extracto de la lección inaugural que debió dictar, caso de haberse hecho cargo del curso de Bacteriología en nuestra Escuela.

La designación honrosísima que el Consejo Universitario, con aquiescencia de la Facultad de Medicina y de los Delegados de los alumnos, hiciese de mi persona para encabezar la enseñanza de la Bacteriología en las tradicionales y gloriosas aulas de San Fernando, ha satisfecho un ideal por mí anhelado desde los primeros instantes en que nutriera mi espíritu con las sabias enseñanzas de mis queridos maestros.

Apenas desprendido del acariciante tutelaje fernandino, las estupendas lecciones de los Blanchard, Dieulafoy, Gilbert, Debóve, Metchnikoff, Roux y tantos otros, despertaron en mis neuronas, afinidades excepcionales hacia la cultura de la enseñanza y me demostraron que el profesor encarnaba personalidad absolutamente diferente de la del profesional.

El profesor posee la inclinación natural hacia el magisterio, la que debe cultivar y pulir para cincelar la manera expositiva moderna, llena de encantos y atractivos, transformando el momento de la lección en un instante de grata y provechosa distracción.

Cada lección era dictada en el lenguaje más simple, casi en el familiar, hecho aún más comprensivo por los sucesos expuestos en las gráficas interpretaciones y las proyecciones ilustrativas.

La explicación tenía que hallarse al alcance de la inteligencia menos nutrida, del alumno menos dotado, considerándose que esta circunstancia la hiciese provechosa para todos los otros compañeros de escala cerebral más avanzada que aquél.

"Hombres prácticos y no sabios" eran los que los brillantes profesores querían adiestrar para las luchas primas de la extra-aula; los cursos de perfeccionamiento, con el pulimento de la especialidad, sólo se dictaban para los profesionales que, en el torbellino de la defensa humana comprendían sus afinidades, aquilataban sus simpatías para ejercitarlas, encaminados hacia la división del trabajo, y, por ende, hacia su consiguiente perfeccionalidad.

"Ciencia francesa para los franceses", ex-

clamaban los profesores de las cátedras consagradas, eliminando lo inútil, condensando lo de la vida diaria, para evitar en lo posible la neuronorragia insustancial de las cosas abstractas o lejanas, que después de las aulas no vuelven a servir más en la vida del profesional, sino para dejar tras sí la triste imagen y el reproche viviente del tiempo perdido, jamás recuperable.

"Todo esto quiere decir que, para el ejercicio del magisterio intelectual en nuestro Perú, el luminoso lábaro del maestro debe llevar cuotidianamente inscritas las verdades que siguen:

"Hacer hombres prácticos y no sabios, enseñar a los peruanos ciencia peruana, en exposición familiar y tan amena, que el alumno anhele con ahínco la hora deliciosa de la enseñanza del maestro".

Realizar esta aspiración es emprender obra impregnada de cuantiosas asperezas y de dificultades sin cuento y si no se llega al ideal, por lo menos que se haga sensible el esfuerzo ejecutado por conseguirlo.

En el desarrollo de la enseñanza de Bacteriología, al hacer "ciencia peruana para los peruanos", veréis quizá eliminarse unas veces, sintetizarse otras, gigantescos capítulos de la microbiología europea; no os llame la atención, pues ello será compensado con el detallamiento de puntos de presentación diaria en el territorio nacional, que serán los que tengan que resolver nuestros futuros compañeros, en sus primeros pasos de independencia cerebral.

Considerando el laboratorio como la sala de operaciones del médico, y pudiendo ensalzar su manejo por experiencia personal, corroborando los incontables éxitos que nos da en la práctica profesional cotidiana, aportando en multitud de ocasiones la confirmatoria exacta e incontrovertible de lo que la clínica sospecha, abundaré en detalles en aquellos puntos en que la solución de la incógnita pertenezca al microscopio, a la estufa, al recipiente de cultivo o a la inoculación experimental, procurando que el alumno efectúe por sí mismo todas las manipulaciones que para estos diagnósticos se precisen.

El rol que la Bacteriología desempeña en el mecanismo íntimo de los procesos patológicos, es de incommensurable importancia, ensanchando cada día más su gran campo de acción.

La lucha entre el microbio y la naturaleza humana, engendrando la enfermedad, ha transformado sustancialmente el concepto patológico desde las memorables tardes en que el Farmacéutico-Dios, vilipendiado y escarnecido por el derruido templo de la tradición, en la histórica tribuna de la Academia de la Ciudad Luz, llevaba sus tubos con cultivos bacterianos, para hacerlos ver con los ojos y palpar con las manos del areópago olímpico que se sacudía en convulsiones de incredulidad, en contra del intruso que con sus hechos no dejaba piedra sobre piedra sobre piedra sin derrumbar en el edificio milenario edificado desde las remotas épocas de Hipócrates.

El estremecimiento gigantesco de la ciencia humana, hizo que surgieran sobre la superficie de la tierra, como en los tiempos florecientes de la cristiandad naciente, las catedrales donde van a prosternarse los creyentes científicos del orbe entero, en las que, con nombres como Instituto Pasteur, "Instituto Rockefeller" o "Instituto Oswaldo Cruz", se mantiene el fuego sagrado del culto a la ciencia nueva, a la ciencia de la verdad que en un segundo contacto de parecimiento con la primera fé, tiene su Roma y tiene su San Pedro en París, en la casa del genio, donde perdurará por los siglos Luis Pasteur y su obra incomparable.

El microbio tan diminuto y como tal tan terrible, vive asechando continuamente al hombre para atacarle, vencerle, aniquilarle, transformarle, y arrastrar en la avalancha de sus procesos destructivos, ya a la masa encefálica del héroe del intelecto, ya al cutis incomparable de la favorita de la belleza, para reducirlos a los elementos más simples de la química y llevarlos a otros reinos de la naturaleza, continuando la rueda sin fin, sin pérdida ni creación nueva, del ciclo de la vida.

Las vías naturales de acceso del hombre recibiendo siempre los ataques del enemigo, se defienden oponiendo las legiones siempre renovables de sus ejércitos leucocitarios y de los medios de resistencia que éstos elaboran, hasta que, cediendo al número de combatientes, a la cantidad de los ataques o a la disminución del esfuerzo defensivo, el cultivo se hace en este medio múltiple que forma la trama humana, estallando la enfermedad.

Entonces la lucha se hace más intensa, llamando la atención muchas veces al tamaño exiguo de la colonia bacteriana en relación con el volumen corporal del enfermo, contándose por milésimos de milímetros la talla de los atacantes y por milésimas de miligramos la cantidad de toxina secretada, la que es capaz de parali-

zar el músculo cardíaco o de aniquilar la funcionalidad de los principales centros de la vitalidad, acarreado la derrota despiadada y definitiva del ser a quien atacó.

El microscopio, aquella prolongación maravillosa del cerebro ocular humano—nos ha hecho ver a los pequeños, valorarlos y temerlos. El nos ha hecho saber que no sólo en el medio exterior mora el enemigo, sino en el seno mismo de cada individuo. En sus secreciones nasales, locales, intestinales u otras, viven gérmenes sin cuento, haciendo vida latente, listos para desarrollar la ofensiva tan luego como el organismo humano presente el más pequeño síntoma de desfallecimiento.

Mas, estos seres no sólo han sido sorprendidos en el substratum humano. Hanse formado medios en que se desarrollan con toda vitalidad y dotados de todo su poder virulento, guardando ciertas condiciones de función parecidas a las naturales en que adquieren desarrollo.

Estos diminutos, viviendo en tubos o en cajas, han sido llevados a medios orgánicos y han reproducido siempre efectos análogos con muerte o supervivencia de los animales inoculados, demostrando que son ellos los culpables en mayoría, de los desastres vitales que llenan las páginas de la patología letal.

Donde la Bacteriología, con su hermana mayor la Parasitología, llegan al máximo de concesión científica, es en el seno de la clínica, no sólo precisando el diagnóstico, en muchos casos, con la certeza del axioma, sino señalando la ruta evolutiva que seguirá el cultivo humano y el sendero a que debe arribarse para conseguir una terapéutica eficaz.

¿Habrà algo más científico, más evidente, más consolador que el ver llegar al consultorio médico a un enfermo que acusa apenas síntomas inciertos que la sutileza del oído o el aguzamiento del criterio aún no pueden precisar y que un exámen microscópico, hecho en breves minutos, señale la presencia, por ejemplo, de bacilos de Koch?

Esta comprobación que sienta la firmeza incommovible de un diagnóstico prematuro, señala la conducta inquebrantable que hay que seguir sin vacilaciones, sin tanteos, con la fé de lo cierto, para salvar una existencia, para no perder tiempo en aplicar terapéutica eficaz y devolver una vida a la actividad.

Un enfermo aparece con una excoriación venúsica reciente, que puede confundirse con muchas cosas, pues el ojo simple no percibe la causa impalpable que la origina. Un exámen microscópico rápido hace ver al Treponema de Schuadinn.

La certeza ha venido; el plan de ataque se desarrolla con toda energía, trayendo como consecuencia un aumento en las probabilidades de éxito. Esto no siempre se manifiesta como mero beneficio individual, sí que también muchas

veces se convierte en bien social, prematuramente previsto para fines de profilaxia.

¿No es acaso el microscopio el que sabe decir a tiempo si una gotilla uretral indica el comienzo de una gonococia o el de una uretritis ocasionada por otras bacterias o el de una simple defensa purulenta aséptica ante acción mecánica o química?

¿No es el microscopio el único que en estos casos pone su firma de verdad para emprender la terapéutica?

¿Cuántos dramas minúsculos de la vida juvenil no revela el implacable microscopio cuando ostenta su gráfico que no sabe mentir?

Una burbuja cutánea enfrentada al objetivo nos separa su naturaleza en dos grandes grupos: parasitario y no parasitario y ¿no es el ojo mágico de la lente el que nos dice que el causante es, por ejemplo, el estreptococo erisipelatoso o la bacteridia del carbón?

En uno u otro caso se llegará a la salud por vías muy diferentes, con criterio cierto, absolutamente cierto, desde el momento en que se ve, se mira, el agente causal.

La angina diftérica y la angina de Vincent ¿acaso os dan tiempo para esperar largos y peligrosas horas en diferenciarlas por la acción simple de la visión ocular?

Algunos minutos de preparación sobre el porta-objeto y los agentes causales se presentarán como firmas de sus propios apellidos y he allí echada la suerte del enfermo, en el laboratorio del bacteriologista clínico.

No es necesario multiplicar los ejemplos para demostrar la necesidad imprescindible de que el médico conozca la bacteriología; mas ésta, en el aula, debe ser la bacteriología clínica, la de la cabecera del enfermo, la del consultorio, la que constituye el síntoma patognomónico en instantes breves, lo más breves posible y lo más inconfundibles que se puedan, haciendo de la microbiología una rama indispensable y precisa de las clínicas.

Si la Bacteriología es de vital importancia en lo que se refiere a la etiología y al diagnóstico de las entidades infecciosas, lo es más, mucho más en cuanto al tratamiento que debe emplearse.

Este tratamiento, si bien al presente no ha alcanzado el éxito que era de esperarse, el futuro le depara momentos de suceso que harán retroceder en buena parte a la cirugía, el mucho campo que esta última ha avanzado en lesiones que la medicina sola debía curar.

Sueros, vacunas, auto-vacunas, serobacterinas, filacógenos, son otros tantos medios terapéuticos emanados de la Bacteriología, siendo glorioso el día en que todas las bacterias tengan sus sueros curativos como el antidiftérico o el antistreptocócico, por ejemplo.

En tal caso todas las dolencias infecciosas que hoy son del dominio de la cirugía, curarían

bajo la acción del remedio específico, sin hacer ya uso de la intervención, tal sucede en algunas colecciones purulentas internas a estreptococo, que desaparecen y ponen en fuga al cuchillo, gracias a la inyección de determinado número de unidades séricas.

Los individuos que curan de la infección, es porque en su sangre plasmática y globular, se han sucedido procesos que han asegurado el éxito en la defensa. Algunos de estos individuos conservan estas propiedades para el resto de su vida, en tanto que otros las poseen por tiempo limitado.

En algunos, el suero de la sangre está dotado de poderes antibacterianos totales de tal naturaleza que llega a constituir remedio específico en contra de la dolencia que le originó.

Hoy se preparan los sueros en animales, inyectándoles dosis microbianas capaces de enfermarlos, pero no de matarlos y aprovechando el suero sanguíneo así inmunizado para curar.

Las vacunas se obtienen usando la inyección de cuerpos de microbios muertos, siendo de advertir que existiendo razas microbianas no solo urbanas sino aún individuales, la idea de preparar autovacunas es excelente.

Los compuestos que poseen al mismo tiempo las propiedades del suero y las de las vacunas constituyen las serobacterinas.

Al examinar las secreciones patológicas humanas, casi siempre se observa que no es una sola clase de bacterias la que origina la enfermedad, sino más bien un grupo de ellas, asociadas, cuyos cultivos se sobreañaden y cuyas acciones tóxicas se suman para derribar al organismo.

La percepción de estos hechos ha dado margen a que se procure que la vacunoterapia sea siempre mixta, variada, oponiendo a cada entidad otra entidad semejante, tratando de obtener que la suma total de defensa contrarreste a la total agrupación de ataque.

Mas, no es sólo el terreno individual en el que la Bacteriología ha hecho progresar a la humanidad en el sentido de su perfeccionamiento, sino y más aún, en el enfrentamiento a las epidemias urbanas, defendiendo a la comunidad con dispositivos y métodos basados todos en el conocimiento perfecto de los microbios, de sus vectores o de sus intermediarios y aplicando las reglas de defensa sanitaria que a cada caso conciernen.

La época de la resignación musulmana ante las destrucciones pestíferas, tenidas como castigos divinos, ha desaparecido, sustituyéndose por el conocimiento científico del parásito que la origina y de las disposiciones permanentes o transitorias que se requieren para aislar focos o circunscribir barrios y libertar a los más del ataque iniciado en los menos.

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA LOCALIZACION DEL VIRUS VERRUCOGENO.

por TELÉMACO BATTISTINI.

(del Instituto Municipal de Higiene).

A mi maestro el Dr. Julio
C. Gastiaburú.

Con el objeto de comprobar si el infarto ganglionar de la Verruga benigna obedece a la localización del agente específico en el sistema linfático, llevamos a cabo en los meses de marzo a junio del año 1918 estudios experimentales cuyos resultados publicamos hoy sintéticamente. Inoculando intratesticularmente en conejos, emulsiones ganglionares, hemos obtenido una testiculitis verrucosa semejante a la que se produce cuando el producto inyectado es una emulsión de verruga dérmica. Las investigaciones histo-patológicas de la neoformación obtenida han sido hechas por nuestra autoridad en Anatomía Patológica, el doctor Mackehenie, a quien presentamos por ello, la expresión de nuestra gratitud.

Queremos dejar constancia también de nuestro sincero agradecimiento al ilustrado catedrático de Patología Tropical, Dr. Julián Arce, por las facilidades que nos brindara para la ejecución de este trabajo.

El 12 de marzo practicamos la extirpación de un ganglio epitroclear izquierdo (previa anestesia local con la novocaína), en el enfermo X X del servicio de San Roque en el Hospital "Dos de Mayo". El ganglio en solución salina fué transportado al Laboratorio de Bacteriología del Instituto de Higiene, donde se hicieron los trabajos siguientes:

Una parte del ganglio fué dividida en secciones de cinco milímetros de espesor y fijada en los líquidos siguientes: alcohol absoluto, sublimado acético, Giaccio y Achúcarro. Para su estudio histo-patológico, se hicieron también de las secciones ganglionares frottis e impresiones.

La otra porción del ganglio fué reducida a papilla en un mortero en condiciones perfectamente asépticas, y emulsionada después de 10 c.c. de solución salina; con esta emulsión ganglionar se inocularon 3 conejos.

Conejo No. 1 negro (hembra) de 1.670 grs., inoculación intraperitoneal de 1 c.c. de emulsión ganglionar.

Conejo No. 2 manchado (hembra) de 1.530 grs., inoculación intraperitoneal de 1 c.c. de emulsión ganglionar.

Conejo No. 3 negro (macho) de 1.850 grs.,

inoculación intratesticular doble de $\frac{1}{2}$ c.c. de emulsión ganglionar.

El conejo No. 3 presentó en los cuatro días siguientes a la inoculación, un fuerte edema de las bolsas, que desapareció en los días subsiguientes; casi diariamente fueron examinados los testículos con el objeto de sentir algún nódulo que hubiera podido producirse, hasta el 29 de marzo, en que se percibió claramente un pequeño tumor, en el testículo izquierdo; hecha esta constatación, se procedió a la inmediata extirpación de ambos testículos, comprobándose en el izquierdo la existencia de una neoformación periférica, y hacia el polo inferior del órgano. Los caracteres histo-patológicos de la neoformación serán descritos al fin de esta relación.

El testículo derecho de este animal no presentaba ninguna alteración macroscópica.

El conejo No. 1 fué sacrificado el 20 de marzo, no encontrándose ninguna formación patológica en la cavidad peritoneal, ni en ningún órgano. El conejo No. 2 fué sacrificado el 27 de marzo, los resultados de esta investigación necrópsica fueron idénticos a los del conejo anterior; la temperatura de estos animales tomada diariamente era normal en comparación con la de un animal sano.

De la emulsión ganglionar se practicaron cultivos en los medios N.N.N. y agar-ascitis (estufa 37°C). con los siguientes resultados:

10 tubos medio N.N.N. examinados a partir del segundo día de sembrío, diariamente hasta el 24 de marzo, resultado negativo.

10 tubos gelosa-ascitis examinados como los anteriores, solo en uno de ellos se constató un cultivo de *Estafilococos Piógenos Aureus* a 48 horas.

De las impresiones y frottis hechos de pulpa ganglionar, unos fueron fijados en sublimado acético 2 horas, a la temperatura de 37°C y otros en alcohol absoluto. Los métodos de coloración empleados fueron el de la hematoxilina férrica de Heidenhain, el Giemsa-May—Grumwald y el Leishmann.

El estudio de los preparados no reveló la presencia de ningún elemento protozoide, no se

encontró tampoco Bartonellas Bacilliformis, ni las inclusiones de significación clamidezosa que el doctor Rebagliati describiera (1) en frotis de bazo, hígado, etc., en enfermos de verruga peruana.

El método de Ziehl-Neelsen para investigar gérmenes ácido resistentes, nos dió también resultado negativo; en los frotis teñidos con hematoxilina de Weigert y cosina solo encontramos la citología propia a esta clase de preparados; tampoco hemos anotado la presencia de eosinofililia.

El 15 de junio practicamos en el enfermo X. X. (que presentaba una erupción de verruga generalizada muy abundante) del servicio del Dr. Arce, la extirpación de un ganglio epitroclear izquierdo; con éste y siguiendo la técnica de las anteriores experiencias, hicimos inoculaciones en los siguientes conejos:

Conejo No. 8. Peso 2.025 grs. Testes 4 centímetros.

Fecha 15 de junio 1918. Inoculación doble intratesticular de 0'5 c.c. de emulsión ganglionar en solución salina. Inoculación en la región hepática de 0'5 c.c. de la misma emulsión.

17 Jun. Temp. 38°8. Testes sin ningún signo inflamatorio.

19	"	"	39°5	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
21	"	"	39°1	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
24	"	"	38°8	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
27	"	"	39°4	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
30	"	"	39°2	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.

5—Jul. Se extirpó el teste izquierdo, el órgano es seccionado en diversos sentidos no encontrándose ningún nódulo.

13—Jul. Muerte del animal (cloroformo). En el teste derecho se constata la presencia, de una pequeñísima granulación intraparenquimatosa, que es inmediatamente aislada, reducida a papilla, emulsionada en solución salina, e inoculada en los testes del conejo No. 16. En el hígado una granulación idéntica a la encontrada en el conejo No. 9 Cisticercos en el epiplon. Resultado positivo inoculación intratesticular.

Conejo No. 9. Peso 1.120 grs. Testes 25 milímetros.

15—Jun. Inoculación doble intratesticular de 0'5 c.c. de emulsión ganglionar.

Inoculación en la región hepática de 0'5 c.c. de la misma emulsión.

17 Jun. Temp. 39°5. Testes sin ningún signo inflamatorio.

19	"	"	39°3	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
21	"	"	39°5	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.

24	"	"	38°9	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
27	"	"	38°3	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
30	"	"	39°7	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.

10.—Jul. Extirpación del teste derecho, resultado negativo.

7—Jul. Muerte del animal (cloroformo). Teste izquierdo normal. Hígado, se encontraron tres granulaciones blanquecinas de 3 a 4 mm. en la cara convexa del órgano. Cisticercos en el epiplon.

Resultado de la inoculación intratesticular negativa.

Conejo No. 17. Peso 1.320 grs. Testes 3 centímetros.

15—Jun. Inoculación intratesticular doble de 0'5 c.c. de emulsión ganglionar filtrada por bujía Berkefeld.

Inoculación en la región hepática de 0'5 c.c. de la misma emulsión filtrada.

17 Jun.	Temp.	38°5	Fuerte edema de las bolsas
19	"	38°4	Id. Id. Id. Id.
21	"	38°3	Id. Id. Id. Id.
24	"	38°8	el edema ha desaparecido.
27	"	39°3	
30	"	38°5	

3—Jul. Extirpación del teste derecho normal.

10 Jul. Muerte del animal (cloroformo) Teste izquierdo normal, hígado sano. Resultado de la inoculación intratesticular, negativa.

Conejo No. 18. Peso 1.140 grs. Testes 3 centímetros.

15—Jun. Inoculación intratesticular doble de 0'5 c.c. de emulsión ganglionar filtrada por bujía Berkefeld.

Inoculación en la región hepática de 0'5 c.c. de la misma emulsión filtrada.

17 Jun.	Temp.	38°6	Ligero edema de las bolsas
19	"	37°9	Id. Id. Id. Id.
21	"	39°	Id. Id. Id. Id.
24	"	38°4	Id. Id. Id. Id.
27	"	38°5	Id. Id. Id. Id.
30	"	39°1	Id. Id. Id. Id.

10.—Jul. Extirpación teste derecho, normal.

12 Jul. Muerte del animal (cloroformo), teste izquierdo normal. Hígado presentaba una pequeña granulación. Cisticercos en el epiplon.

Resultado de la inoculación intratesticular negativa.

Conejo No. 16. Peso 1.350 grs. Testes, 4 centímetros.

13 Jul. Inoculación doble intratesticular de 0'5 c.c. de emulsión en solución salina del tumorcito testicular del conejo No. 8.

(1) Inclusiones celulares en los órganos hemopoiéticos y en los elementos cutáneos de la Verruga. Comunicación al V Congreso Médico Latino-Americano reunido en Lima.

21 Jul. El conejo fué encontrado muerto, se practicó la autopsia, testes normales, hígado, pequeñas granulaciones grises, cisticercos en el epiploon.

En algunas de las granulaciones hepáticas encontradas a la autopsia de los conejos, se constató la presencia de coccideas.

Además de las inoculaciones descritas hicimos algunas observaciones microscópicas; preparaciones de pulpa ganglionar examinadas en fresco al microscopio y al ultramicroscopio no revelan la presencia de ningún elemento parasitario.

Frottis del mismo ganglio fueron coloreados con los colorantes Loeffler, fuchsin de Ziehl, Giemsa, Leishmann y el método de Gram; solo en un frottis coloreado con Giemsa encontramos un plasmodio joven, probablemente del género *P. Vivax*, a juzgar por la hipertrofia del hematíe parasitado. Las secciones histológicas del ganglio revelaron la estructura normal del órgano, sin mostrar ninguna alteración patológica.

Los resultados de la primera serie de experiencias, y los obtenidos en ésta, si se admite como verrucosa la neoformación encontrada en el teste derecho del conejo No. 8, y que desgraciadamente por su pequeñez y el objeto de aprovecharla en experimentar la reinoculación del tumor, no pudo ser materia de estudio histopatológico comprobatorio de su especificidad, prueban la localización del germen verrucoso en los ganglios linfáticos cuya hipertrofia generan.

Aunque el número de las inoculaciones que hemos practicado es pequeño, debemos anotar que el resultado positivo en dos conejos, de tres inoculados, con emulsión ganglionar no filtrada, nos ofrece fuerte argumento probatorio de la existencia del germen verrucógeno en el sistema ganglionar.

El germen verrucógeno no pertenece a la categoría de los virus filtrables; las experiencias por nosotros realizadas, y las practicadas por la Comisión Americana presidida por el doctor Strong, así lo acreditan.

El porcentaje de resultados negativos en las experiencias de transmisibilidad del virus verrucoso, hechas por los doctores Ribeyro, Mackenzie y Arce, por la Comisión Americana y por nosotros, podría explicarse por la distinta virulencia del germen según el período de la infección verrucosa.

Desgraciadamente en las investigaciones hechas por los autores citados, así como, en las que hemos practicado, se ha olvidado un elemento de importancia, y es el de indicar las características clínicas del enfermo, y el tiempo de evolución de la enfermedad, en el momento en que se procede a tomar verrugas o ganglios, para investigar la inoculabilidad de la verruga peruana.

(Por dificultades de última hora nos vemos imposibilitados de publicar el estudio anatómico-patológico correspondiente y sus respectivas microfotografías, que ofreceremos en el próximo número, pidiendo por ello dispensas al autor. N. de la R.)

COMO PENETRO LA FIEBRE AMARILLA A PIURA, EN EL AÑO DE 1919.

Por el Dr. CARLOS ENRIQUE ZAPATA.

El 4 y 5 de junio se presentaron los primeros casos en los esposos Vaca, (1), sin que se supiera por el momento, nada sobre la manera cómo se introdujo la enfermedad a esta población, pues los enfermos no tenían más antecedente que haber estado en el distrito de la Hucra (2)—provincia de Paita—, pocos días antes y acerca del que no se sabía que fuera un foco de fiebre amarilla.

En vista de estos datos sobre su importación, la hipótesis de fiebre amarilla, se mantuvo en reserva, lo que fué forzoso modificar después,—como lo dice muy bien el doctor Quiroz,

Jefe de la Campaña Sanitaria de Piura en su informe—, en vista de haberse establecido en forma concluyente que élla fué importada de la ciudad de Guayaquil.

En efecto, el Juez de Primera Instancia de Tumbes, persona de elevada cultura, nos dijo, que ella llegó a este lugar en el mes de diciembre de 1918, vehiculada por un agente viajero español apellidado Caamaño, que había salido de Guayaquil al rededor del 4 de ese mes, estuvo en Tumbes el 6, enfermó el 8 y murió el 11, presentando todos los síntomas de la fiebre amarilla (fiebre alta, vómitos negros, dia-

(1) Véase nuestras historias clínicas 1 y 2.

(2) Este distrito está situado en las inmediaciones del ferrocarril de Paita a Piura.

reca igualmente negra, tinte icterico bien manifestado, etc). He sabido así mismo, que después de éste hubieron otros muchos enfermos con síntomas parecidos, muchos de los cuales murieron, tales como los niños Espinoza, hijos de un farmacéutico de aquella ciudad; unos niños Granda, algunos presos de la cárcel, un médico ecuatoriano apellidado Calderón, que murió en Santa Rosa, muy pocos días después de salir de Tumbes. Se nos ha informado, también, que por la zona petrolífera de Talara y Negritos han habido algunos enfermos con síntomas parecidos, recordando a este respecto el fallecimiento del ingeniero peruano señor Romero, que falleció en el mes de marzo de 1919 en Negritos, víctima de una enfermedad que evolucionó en tres días y que terminó por uremia. La señora de Valentini que falleció en Paita, con vómito e ictericia, bien manifiesta, estuvo, antes de llegar a esta ciudad, en Tumbes que ya era foco epidémico. (Mes de abril).

Ahora bien, nos consta, así mismo, que entre los meses de mayo y Junio de 1919, fué denunciada en Colán y Amotape, una epidemia de caracteres gravísimos que fué calificada como paludismo agudo, por más que la forma como evolucionó no tenía mucha analogía con la que ordinariamente se desarrolla esta enfermedad. (Esta opinión fué sostenida por el doctor Valcárcel, médico sanitario departamental en oposición a la de sus compañeros, pues creía, en unión del doctor Cueva, que la epidemia que más tarde se desarrolló en Piura, no era de fiebre amarilla, opinión que ha hecho tanto mal a Piura y hace actualmente).

Todos estos datos prueban, en forma elocuente que la enfermedad vino por Tumbes y por tierra, pasando por los lugares indicados hasta Piura, de la que se ha esparcido a distintas ciudades como Sullana, Paita, La Huaca, Tamarindo, Catacaos y Sechura, etc.

HISTORIA CLINICA No. 1.,

Julio Baca, alférez de gendarmes, de 37 años de edad, natural del Cuzco, residente en Piura desde hace 6 años. Ha estado últimamente en la Huaca, lugar al que se dirigió el 18 de Mayo, regresando el miércoles 21 del mismo mes en buenas condiciones de salud. A este lugar fué acompañado por su esposa, la que regresó en las mismas condiciones que su esposo. Domicilio en la calle de Apurímac No....

Se enfermó el 4 de Junio del año 1919. Escalofrío violento, fiebre alta 40, dolores generalizados con notable intensidad en la región lumbar y el epigastrio. La temperatura en la mañana siguiente es de 39 y 1/2 grados. El Dr. Prieto que lo asiste desde este día anota los síntomas enunciados a los que agrega una cara bultuosa y congestionada, inyección conjuntival y vómitos biliosos. El cuadro

clínico le hace la impresión de una fiebre eruptiva, tanto más que no encuentra signo de localización en ningún órgano.

El 6, el cuadro no se ha modificado, y ante la persistencia de los síntomas observados, particularmente de la alta temperatura, inyecta quinina, con el fin de descartar toda sospecha palúdica.

El 7, el cuadro continúa grave, no obstante la remisión de la temperatura que llega hasta la normal en la tarde. Se inyecta quinina en la mañana. Por la tarde se le avisa que el enfermo está anémico y que los vómitos biliosos se han transformado en *negruzcos*.

El 8, vé al enfermo, y observa la persistencia de los síntomas que vienen de describirse, a los que se agrega una diarrea que ha sido provocada por un enema, y que viene a reemplazar a la constipación del principio; el color de esta diarrea es negro (*melena*).

A la 1 p. m. del mismo día el estado del enfermo constatado por el Dr. Quiroz es como sigue: Ansiedad y agitación extremas, no encuentra posición cómoda en el lecho; *vómitos negruzcos raros; diarreas negras (melena) muy frecuentes; orina nula*, hecho que por el momento inspira cierta duda, en vista de la posibilidad de que ella sea emitida con las deyecciones frecuentísimas; sub-delirio; carfología; *tinte sub-ictérico* bastante apreciable, no obstante el color moreno de la piel; ictericia conjuntival perfectamente clara.

Temperatura por debajo de 36; pulsaciones 50 por minuto, aunque rítmicas; sensibilidad hepática, epigástrica y en general de todo el abdomen, muy pronunciada; bazo no aumentado de volumen; hígado ligeramente aumentado de volumen en su lóbulo izquierdo. Aparato respiratorio normal.

El enfermo continúa agravándose a pesar del tratamiento estimulante; la hipotermia se acentúa, entra en estado comatoso y muere a las 6 p. m. del mismo día 8 de Junio, habiendo sido visto antes en junta con los Doctores Prieto, Guzmán, Vega y Quiroz.

La impresión que hemos recibido todos los médicos ha sido la de tener al frente el cuadro de la *fiebre amarilla*, hipótesis que se mantiene en reserva en vista de la falta de datos sobre su importancia.

El diagnóstico de *Paludismo hemorrágico* al que nos atenemos por el momento, es convencional, ya que dicha entidad está descartada por el fracaso de la medicación quínica, a la que no puede atribuírse la remisión de la temperatura, explicable dentro de la curva térmica propia de la *Fiebre Amarilla*.

El cadáver ha presentado un color amarillo muy intenso, amarillo de azufre.

HISTORIA CLINICA No. 2.

Hortencia Mayorga de Baca, natural de Arequipa, residente en Piura desde hace 6 años. Antecedentes patológicos ninguno. Ha estado junto con su esposo en la Huaca, regresando el mismo día que

aquel en perfectas condiciones de salud. Domicilio calle de Apurímac.

Enfermó el 5 de Junio del año 1919, por la tarde, escalofrío intenso; fiebre alta de 40, dolores lumbares intensos, lo mismo que a las extremidades y al hueco epigástrico; vómitos alimenticios primero, biliosos después; cefalea intensa.

El Dr. Prieto inicia la asistencia, padeciendo las mismas dudas e incertidumbres diagnósticas que por el esposo; como a aquel administra la quinina sin resultado favorable.

La enfermedad evoluciona con el mismo aspecto grave, que la que su esposo, hasta el 8 en que es observada por el Dr. Quiroz, junto con el esposo.

En este momento el cuadro es como sigue: Temperatura 39,8; pulsaciones 106 por minuto; cefalea intensa; sensibilidad epigástrica y hepática; vómitos biliosos; tenesmo rectal; cara bultuosa; conjuntivas inyectadas, región esplénica indolora y fácilmente depresible. Manifiesta haber tenido abundante epistaxis en el día anterior, pero en el momento de la observación ha prácticamente desaparecido. Orina en cantidad menor que la normal, pero no muy escasa. El análisis revela fuerte cantidad de albúmina.

Se le administra una inyección de quinina y tratamiento adyuvante adecuado.

A las 4 y 1/2 de la tarde se le vé en junta de médicos constatando una remisión de la temperatura hasta 38 y 1/2.

El lunes 9 continúa febril, 38, pero se nota que los vómitos se han hecho negros y la orina ha desaparecido; el pulso es lento y pequeño, 65 pulsaciones por minuto.

Por la tarde del mismo día la temperatura no pasa de 38 y el estado general parece mejor, vomita menos, pero en cambio la diarrea se hace sangui-nolenta y la orina continúa sin eliminarse. El tinte de las conjuntivas y de la piel es sub-ictérico, muy apreciable por ser la paciente de raza blanca.

En la noche, el estado se agrava, entra en coma e hipotermia y muere el martes 10 a las 10 y 1/2 a. m.

El lunes se le extrajo sangre para investigar el hematozoario de Laverán, con resultado negativo.

El cadáver se presenta intensamente amarillo, con livideces y expulsión de sangre por las cavidades nasal y bucal.

La evolución de estos casos, rapidísima, es muy sugestiva, ya que ninguno de ellos estuvo en foco amagado al menos aparentemente, por la *fiebre amarilla*, lo que bien puede hacer pensar que la contrajeron aquí, tal vez por algún caso benigno, inflamatorio que la importó, o que pudiera existir en la Huaca o en sus alrededores, en cuyo caso se habría tratado de casos de incubación retardada, aunque fuera de los límites actualmente admitidos.

REVISTA DE REVISTAS

ANALES DE MEDICINA PARIS.—*Anatomía Patológica de la Encefalitis Letárgica*, por P. MARIE y C. TRETIKOFF.—Estudio de cuatro casos.

Topografía.—No se encuentran lesiones en la totalidad del eje cerebro-espinal. En el caso más grave, el límite inferior pasa a nivel del primero y segundo segmento cervical de la médula, y el superior se extiende a las circunvoluciones cerebrales vecinas del ganglio gris central (ínsula, cuerno de Ammon, circunvolución del cuerpo calloso, pero deja indemne toda la corteza de la convexidad y los polos frontal y occipital.

El centro del foco está representado por los pedúnculos cerebrales y se encuentra incluido en la zona inflamatoria lo siguiente: bulbo, protuberancia, pedúnculos cerebrales, cerebelo y ganglio gris de la base, con las porciones de corteza cerebral vecina. El foco principal está en los pedúnculos cerebrales a nivel del *locus niger*.

Carácter del proceso.—El proceso inflamatorio, radica de preferencia en la sustancia gris.

Hay fenómenos degenerativos al lado de fenómenos irritativos.

La lesión comienza a nivel de los vasos y son las venas las particularmente interesadas. En el interior del vaso se ven grupos de leucocitos, ya libres, ya rodeados de mallas de fibrina que adhiriéndose a la pared del vaso forman trombos. Las paredes de los capilares no sufren y es en los vasos de talla mediana que se observa a veces la ruptura de la pared, seguida de inundación hemorrágica de la adventicia y tejido nervioso vecino.

La infiltración inflamatoria de la vaina perivascular parece ser el fenómeno más precoz y constante. Hay una aparición de elementos celulares en el interior de estas vainas y una trasudación del líquido albuminoso.

Estos procesos irritativos se acompañan de destrucción de células y fibras nerviosas; estas degeneraciones con secundarias al proceso inflamatorio. Sin embargo, en un caso se ha observado en el *locus niger* una degeneración primitiva sin proceso inflamatorio.

Las meninges son más o menos edemati-

sadas. De esto se deduce las siguientes formas etiopatológicas de la encefalitis.

1o.—*Forma ligera*, con lesiones únicamente en el *locus niger*.

2o.—*Forma intensa media*. La inflamación tiene por centro los pedúnculos cerebrales y ataca el bulbo, la protuberancia y el ganglio gris de la base. En la forma frecuentemente mencionada.

3o.—*Forma generalizada*. Además de las porciones anteriores, la inflamación alcanza la corteza, (Cuerno de Ammon, circunvalación de la ínsula, cuerpo calloso y primera temporal), cerebelo, bulbo y médula cervical superior.

C. S.

L' HOPITAL DE 1920—*El colon derecho y el colon izquierdo—Constipación crónica*, por F. M. CADENET.—La fisiología y la patología demuestran que en realidad, existen dos colons: colon derecho y colon izquierdo, que no se parecen, ni por su contenido, ni por sus síndromas patológicos.

Fisiología.—En el colon derecho solo existe materias líquidas; es ahí que los líquidos son absorbidos. El contenido de este colon es hiperséptico, sobre todo cuando existe un obstáculo a su evacuación.

En el colon izquierdo no existe más que materia sólida, que los movimientos peristálticos y antiperistálticos empuja a intervalos irregulares, y el contenido de este segmento es poco séptico.

Constipación crónica.—Clínicamente, la constipación izquierda se caracteriza por simple molestia; trae pocos trastornos del estado general y su tratamiento es puramente médico. Es necesario en ellos, aumentar por todos los medios posibles la contractilidad intestinal. Se ordenará un régimen abundante. Se aconsejará las legumbres frescas y las frutas, y como auxiliares, el aceite de parafina, el agar-agar, el extracto de bilis, y en los casos más rebeldes el hormonal y el extracto de lóbulo posterior de la hipófisis.

La constipación derecha o constipación cecal, es molesta, dolorosa y tóxica. Se caracteriza por una crisis cecal: los enfermos, en general mujeres, son despertados por un dolor brusco en la fosa iliaca derecha. La región es meteorizada y ligeramente sensible a la presión. Hay un poco de náuseas, y poco a poco se instala una jaqueca que incomoda al enfermo durante todo el día siguiente. Estas crisis se repiten y el mal estar se hace continuo; entonces, aquel no tiene gusto para nada, absorbe obesa sobre obesa para disminuir su jaqueca y ensaya toda clase de purgantes. Cuando el intestino, a veces, se desembaraza de su contenido, lo hace en forma de diarrea fétida, y estas alternativas de constipación rebeldes seguidas de diarrea son características.

En estos casos, el tratamiento médico es generalmente impotente; el régimen estrictamente vegetariano ayudado de laxantes ligeros no da resultados más que en las formas ligeras. Muchas veces, creyéndose en una crisis apendicular, son operados, inútilmente.

La verdadera causa de estos trastornos, es la estasis secal. Sustancias tóxicas, a veces hemolizantes, lo que explica el estado anémico de estos enfermos, son reabsorbidas en el ciego distendido y en el colon derecho. Por consiguiente, es necesario drenar, vaciar este ciego, haciéndole comunicar directamente con el colon pelviano; es decir, hacer una ceco-sigmoidestomía.

Ella evita todo estancamiento en el fondo de saco hiperséptico que constituye el ciego, ella pone el colon derecho en reposo y le permite cicatrizar; en fin, deja a la válvula de Bauhin su función.

Cuando las lesiones de tifo-colitis son muy extensas, cuando el colon derecho es infiltrado y cartonado, cuando su mucosa es ampliamente ulcerada, un simple drenaje es insuficiente: es necesario quitar todo el colon derecho, lo que es una operación muy grave.

C. S.

IL POLICLINICO.—(Sezione medica. Febrero de 1920).—*Zull' influenza (eziologia e patogenia)*.—F. MICHELLI.—Esta notable comunicación al XXV Congreso de Medicina Interna de Trieste, 1919, estudia con claridad y precisión los innumerables trabajos que sobre el problema etiológico de la gripe se han hecho.

Analiza las investigaciones que asignan o niegan la especificidad al B. de Pfeiffer y plantea la tesis de que éste no tenga un significado de elemento fundamental, sino un carácter etiológicamente secundario.

Examina después la posibilidad de un virus filtrable como factor etiológico y pasa en revista las observaciones de Nicolle y Leimall, de Kruse, de Keegan, de Paraf y Goubaud, de L. Fijes, etc. Estudia también las interesantes investigaciones de los experimentos japoneses Yamanouchi, Saka Kauri y Iwasshima, que han llegado a producir en individuos sanos y cuidadosamente seleccionados, mediante la inoculación subcutánea de esputo gripal, filtrado por bujía Berkefeld, después de un período de incubación de dos o tres días, un síndrome gripal típico.

Refiere sus trabajos experimentales y avanza la opinión de que "la hipótesis de un virus filtrable es una hipótesis luminosa a la que no falta la fuerza de investigaciones experimentales, provistas de un cierto valor probatorio".

T. S. B.

IL POLICLINICO.—(Sezione prat. Mayo de 1920).—*Valore clinico dell' intra dermo-reazione del Casani per la diagnosi di echinocosi.*—PIETRO LURIDIANA.—El autor, después de señalar las primeras técnicas prescritas para el diagnóstico de la equinocosis, la precipito-reacción, la reacción de desviación del complemento, estudia la intradermo-reacción descubierta por Casani en 1912.

Casani emplea como antígeno el líquido hidático, tomando asépticamente de un quiste, filtrado a través de papel denso y al que se agrega una gota de ácido fénico por 20 c.c., o el extracto acuoso de membrana hidática, siendo el primero más activo. El A. ha estudiado la reacción en seis casos de quiste hidático, sin que los resultados fueran satisfactorios; ha ensayado también la intradermoreacción en 20 casos de diagnóstico diverso, obteniendo siempre resultado negativo.

Para asignar su verdadero valor a esta reacción precisa estudios más amplios, y por lo pronto el autor nos ofrece uno muy prolijo al respecto.

T. S. B.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (mayo 1920).—*Estudios on experimental pneumonia. III Spontaneous in monkeys*, by G. BLAKE y R. L. CECIL.—Esta tercera memoria nos ofrece el estudio epidemiológico, clínico y bacteriológico de una epidemia de neumonía ocurrida en el stock de monos importados a la Army Medical School de Washington.

Las investigaciones practicadas por Blake y Cecil, demuestran que los monos en estado de captividad, son aptos para contraer una neumonía lobar, producida por el neumococo. Que esta neumonía en los monos puede tomar caracteres epidémicos y la propagación efectuarse de animal a animal cuando median condiciones de contacto. La neumonía sufrida por los monos es en sus caracteres clínicos y patológicos, así como en sus complicaciones, idéntica a la producida experimentalmente en dichos animales por los mismos autores mediante inyección intratraqueal de un cultivo virulento de neumococos.

Ilustra este trabajo una radiografía y numerosos fotografados de lesiones pulmonares macro y microscópicas.

T. S. B.

Studies on experimental pneumonia.—IV.—*Results of prophylactic vaccination against pneumococcus pneumonia in monkeys* by R. L. CECIL y F. G. BLAKE.—Esta cuarta memoria que los autores dedican al estudio de la neumonía experimental se encamina a fijar primero, el verdadero valor profiláctico de la vacuna antineumocócica y segundo, a determinar las

ventajas de uno u otro tipo de vacuna antineumocócica empleada.

Obtenida experimentalmente en monos la neumonía lobar típica, ninguna oportunidad era mejor para establecer la importancia de la vacuna antimeningocócica.

La vacuna empleada por los autores fue monovalente hecha con el tipo I de neumococo.

Se experimentó con vacuna salina y lipovacuna; los estudios realizados demuestran que las inoculaciones subcutáneas de esta vacuna no tienen poder preventivo frente a la acción del neumococo, tipo I, ya sea el espontáneo o provocado; que tampoco se previene a los animales así vacunados, de la acción del neumococo tipo IV. La lipovacuna, no genera en los animales inoculados inmunizinas (aglutininas) protectoras, pero sin embargo, modifica la evolución de la enfermedad. La vacuna salina se ha revelado más eficiente produciendo gran cantidad de sustancias protectoras, demostrables en el suero de los animales inoculados. La ignorancia de la naturaleza del antígeno empleado, así como de las condiciones que intervienen en la preparación de las vacunas por una parte, y por otra el hecho de que los animales de experimentación (monos) son altamente susceptibles a la infección neumocócica, hace difícil deducir de los estudios realizados una analogía entre la inmunidad neumocócica en el mono y la inmunidad neumocócica en el hombre.

T. S. B.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL. (abril de 1920).—*An attenuated tubercle vaccine.*—NATHAN RAW.—El A. estudia desde hace catorce años, el modo de preparar una vacuna curativa contra la tuberculosis. Ha preparado una tuberculina valiéndose de cultivos atenuados de bacilo tuberculoso humano, bovino y aviar, que ha mantenido a través de subculturas desde 1905. Los bacilos usados son tan avirulentos que inyectados en animales "son prácticamente no patógenos".

En 1914, trató algunos pacientes con su tuberculina, notando en ellos, resultados bastante halagadores. Estudios de esta naturaleza requieren numerosas experiencias o ensayos y tiempo largo para la justa apreciación de los resultados.

T. S. B.

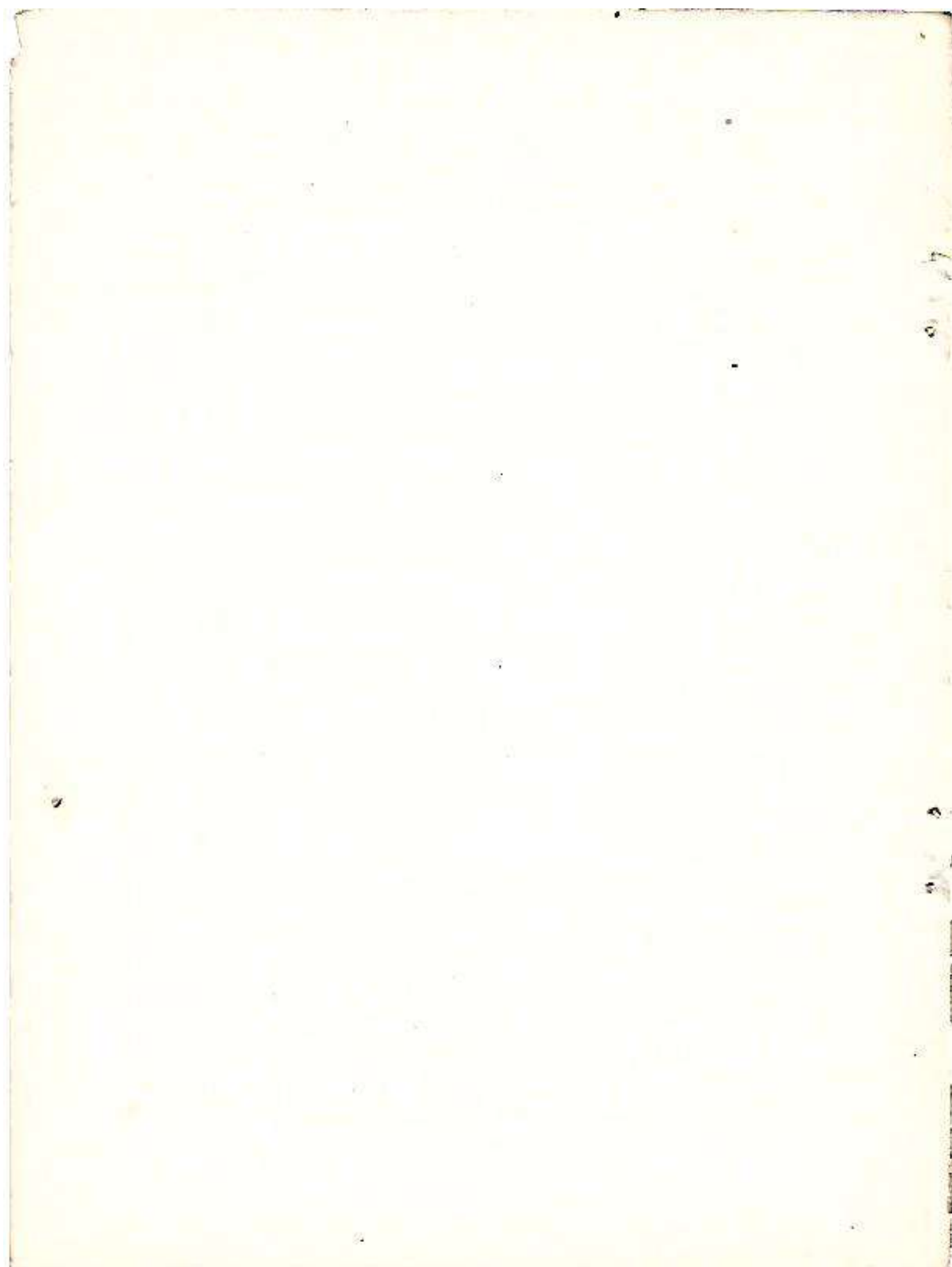
THE BRITISH MEDICAL JOURNAL. —(mayo de 1920).—*Further work on antimony intravenously in filariasis.*—L. ROGER.—En este reciente trabajo el A. da cuenta del tratamiento de ocho enfermos con las soluciones de tártaro. Los brillantes resultados obtenidos, se traducen en la disminución y desaparición de los embriones de filaria en la circulación peri-



Sr. Dr. Carlos Monge

Catedrático de Patología Interna

Delegado de los alumnos de Medicina ante la Junta de Cátedráticos



férica; el A. piensa que este hecho se deba a la acción del medicamento sobre la filaria adulta. El éxito del tratamiento requiere el empleo de fuertes dosis del medicamento.

T. S. B.

C. R. SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.—(Marzo de 1920).—*El virus de la encefalitis letárgica*—LEVADITI y HARVIER.—Los resultados alcanzados por los AA. en el estudio de un problema de tanta importancia y actualidad, como es el referente al agente específico de la encefalitis epidémica, son altamente significativos. En efecto, Levaditi y Harvier, han llegado a producir en un conejo inoculado con una emulsión de cerebro de un enfermo muerto de encefali-

tis letárgica típica, los síntomas de alteraciones patológicas propias de esta dolencia.

La inoculación practicada al mono, con idéntico material, resulta negativo. El virus obtenido del conejo inoculado ha sido conservado por pasajes en este animal, se ha transformado en virus fijo y después de surgir varios pasajes en el conejo vuélvese activo frente al mono.

El virus es filtrable por la bujía Chamberland y no ha podido ser cultivado. Los AA. niegan la identidad de este virus con el de la poliomielitis, fundándose en que este último no es patógeno para el conejo.

T. S. B.

DEL CONVERSATORIO CLÍNICO

LAS BRONCO-NEUMONIAS GRIPALES EN LA MATERNIDAD DE LIMA

por CALOS SHOWING, del 7o. año de Medicina.

La buena conformación de la pelvis en la mujer peruana, hace que los riesgos del parto estén considerablemente disminuídos y que la mortalidad—que es relativamente elevada—sea producida, en gran parte, por causas que salen del marco estricto de la obstetricia.

La estadística de los nueve últimos semestres, nos da las siguientes cifras de mortalidad:

1916—1er. Sem.	19; 2o. Sem.	17	Total	36
1917— " "	13	" "	18	" 31
1918— " "	12	" "	31	" 43
1919— " "	16	" "	23	" 39
1920— " "	21			

Las causas son:

	1916			
	En el 1er Sem.	2o. Sem	Año	
Tuberculosis	3	5	8	
Eclampsia	4	2	6	
Infección puerperal	5	4	9	
Bronco-neumonía	5	3	8	
Hemorragia uterina	1	0	1	
Ruptura del útero	0	1	1	
Placenta previa	0	1	1	
Oclusión intestinal	1	0	1	
Uremia	0	1	1	
	1917			
Infección puerperal	6	2	8	
Eclampsia	6	3	9	
Tuberculosis	0	2	2	
Bronco-neumonía	0	2	2	

Hemorragia uterina	1	3	4
Paludismo	0	1	1
Piohemia	0	1	1
Meningo-encefalitis	0	1	1
Intoxicación gravídica	0	1	1
Edema agudo del pulmón	0	1	1
	1918		

Tuberculosis	2	5	7
Eclampsia	3	2	5
Paludismo	2	4	6
Infección puerperal	2	5	7
Bronco-neumonía gripal	0	10	10
Hemorragia uterina	0	1	1
Ruptura del útero	0	1	1
Meningitis	1	1	2
Hepatitis aguda	1	0	1
Disenteria	1	0	1
Embolia	0	1	1
Intoxicación gravídica	0	1	1
	1919		

Infección puerperal	3	3	6
Tuberculosis	1	8	9
Eclampsia	0	3	3
Paludismo	2	2	4
Bronco-neumonía	1	1	2
Hemorragia uterina	2	2	4
Placenta previa	3	0	3
Ruptura del útero	0	1	1
Embolia	0	1	1
Volvulus de la S iliaca	1	0	1
Intoxicación gravídica	1	1	2

Congestión cerebral	1	0	1
Púrpura hemorrágica	1	0	1

1920

Bronco-neumonía gripal	7
Paludismo	4
Tuberculosis	2
Ruptura del útero	2
Hemorragia uterina por inercia	2
Cáncer	1
Ruptura de embarazo tubarico	1
Sarcoma renal	1
Peste	1

Un examen atento de estas cifras recogidas de los libros de estadística del hospital de Santa Ana y de las historias clínicas—que conservamos—del año de nuestro internado, nos hace ver que las causas de mayor mortalidad son: la infección puerperal, el paludismo, la eclampsia, la tuberculosis y en los últimos años, la bronco neumonía gripal, etc.

Suprimidas estas causas, o combatidas con éxito, disminuiría considerablemente el coeficiente de mortalidad. A ello dedicamos nuestros esfuerzos; creo que con algún éxito.

Debo aquí rendir un homenaje de justicia y gratitud al jefe del servicio doctor SAMUEL GARCÍA, espíritu amplio y bondadoso, de quien recibí benéfica enseñanza todos los que pasaron por su servicio y que abierto a todas las iniciativas es el primero y más valioso colaborador en todo ensayo.

Como resultado de nuevos tratamientos instituidos en los últimos semestres, algunas de estas causas de gran mortalidad, van perdiendo su importancia como tal y así tenemos:

1o.—*Infección puerperal*.—No obstante la pobreza de elementos para hacer una asistencia lo más aséptica posible y el consiguiente gran número de casos de infección puerperal, la mortalidad ha disminuído y casi desaparecido, como se vé por las siguientes cifras:

En 1916, murieron 0 enfermas; en 1917, 8, en 1918, 7; en el primer semestre de 1919, 3; en el segundo, 3 y en el primer semestre de este año, 0. Esto no obstante de que en el último semestre se han asistido más de 30 enfermas con infección puerperal. Atribuimos estos resultados bastante halagadores al tratamiento que metódicamente empleamos y que tiene por base las inyecciones de suero antiestrep-tocócico usado como preventivo en los casos sospechosos, y aún como curativo.

2o.—*Eclampsia*.—Un tratamiento, también casi metódico que tiene por base principalmente

la desintoxicación por las sangrías, ha permitido salvar un gran número de enfermas atacadas de eclampsia y disminuir el coeficiente de mortalidad; y es así, como tenemos los siguientes resultados:

Se asistieron-murieron-salvaron

1916.			
Primer semestre	4	4	0
Segundo semestre	5	2	3
1917.			
Primer semestre	6	6	0
Segundo semestre	2	2	0
1918.			
Primer semestre	4	3	1
Segundo semestre	5	1	4
1919.			
Primer semestre	0	0	0
Segundo semestre	6	3	3
1920.			
Primer semestre	8	0	8

3o.—*Paludismo*.—La mayor parte de los fallecimientos se deben a accesos de forma perniciosa que se producen, generalmente, después del parto. Parece que esta infección se agrava o despierta por el parto, y así, estamos acostumbrados a ver, como, mujeres que hacía mucho tiempo que no tenían accesos palúdicos, son atacadas pocas horas después del parto, a veces bajo forma perniciosa que les ocasiona la muerte. De aquí que hayamos establecido cierta vigilancia para instituir el tratamiento químico preventivo, pudiéndose así disminuir la mortalidad por esta causa.

4o.—*Tuberculosis*.—También se agrava por el parto. Nada podemos hacer contra ella y quedará por mucho tiempo a la cabeza de las causas de mayor mortalidad.

Y por último:

5o.—*Las bronco-neumonías gripales*.—Complicación bastante grave del parto, que ha tomado gran interés en estos últimos años y que creo conveniente traer a la consideración de ustedes para ver si de la discusión que suscite, es posible sacar algo que regle nuestra conducta como internos frente a los casos frecuentes hoy, y para atender a aquellos para quienes seamos requeridos en nuestros días de guardia.

Ante todo, es necesario que establezcamos una diferenciación, especialmente para lo que se refiere al pronóstico, entre la gripe pura o simple y las complicadas de bronco-neumonía; y es necesario hacer esto porque en algunas partes como en Alemánia, se considera la gripe como una complicación grave del parto, lo que no ha sucedido entre nosotros, como se verá por los datos estadísticos siguientes:

Durante el segundo semestre de 1918, que corresponde a la epidemia de gripe, se asistieron en la Maternidad 30 mujeres embarazadas. Todas sanaron. Seis desembarazaron estando enfermas y el resto continuó su gestación.

Durante el primer semestre de este año en que ha habido un recrudecimiento de la gripe, se han asistido 44, de las que 6 interrumpieron su embarazo en esta forma; dos abortos, un parto prematuro y tres partos a término. Todas sanaron.

Debo advertir que en estas estadísticas solamente están comprendidas las atacadas durante el embarazo y el parto; no he considerado a las del puerperio, que fueron muchas.

Todo lo contrario sucede con las bronco-neumonías,—y si nos fijamos en los cuadros de estadística, solamente están comprendidas las atacadas durante el embarazo y el parto; no he considerado a las del puerperio, que fueron muchas.

Todo lo contrario sucede con las bronco-neumónicas, y si nos fijamos en los cuadros de estadística, mencionadas al principio, veremos que los años de mayor mortalidad son los de la gripe. Durante el segundo semestre de 1918, se asistieron 11 bronco-neumónicas, de las que fallecieron 10. De estas 11, interrumpieron su embarazo y fallecieron 9; de las tres restantes, que continuaron su gestación, una salvó y las otras dos murieron.

En el primer semestre de este año, se han asistido 10 bronco-neumónicas, de las que han muerto 7 y sanaron 3. de las 7 fallecidas, 6 eran múltiples y una primípara. Todas desembarazaron; los partos fueron relativamente rápidos y en ninguna de ellas hubo hemorragia o accidente alguno. Todos los niños murieron.

De las 3 que salvaron, que fueron múltiples, una hizo un aborto de 4 meses, otra tuvo un parto prematuro, viviendo el hijo, y la tercera no llegó a interrumpir su embarazo. A esto debemos agregar un cuarto caso, que fué el de un proceso neumónico que desapareció rápidamente y que hizo un parto prematuro gemelar; la madre salvó y los hijos murieron.

El cuadro no puede ser más desconsolador: en 10 casos mueren 7 madres y casi todos los hijos se pierden!!!!

Cuál debe ser nuestra conducta frente a una bronco-neumónica embarazada?

Debe en ellas interrumpirse el embarazo, o mejor dicho, favorecer el parto ya que en el mayor número de casos, éste se produce espontáneamente?

Si pensamos en las condiciones que el embarazo coloca al organismo femenino, cuyas resistencias disminuyen a medida que avanza la

gestación, cuyo corazón se hipertrofia por el mayor esfuerzo que le impone el aumento de amplitud del territorio vascular, cuyos riñones, hígado y pulmones funcionan de una manera extraordinaria; y si pensamos, también, en los trastornos que lleva consigo la bronco-neumonía, que bloqueando porciones de los pulmones hace la hematosi insuficiente, trastorna la circulación obligando al corazón a un mayor esfuerzo; que intoxicando profundamente al organismo obliga al hígado, a los riñones y a todos los órganos encargados de la defensa, a una sobre actividad; tenemos que llegar a la conclusión teórica, de que el parto, que suspende muchas de las causas de mayor trabajo de los órganos, se impone. Esta interrupción del embarazo ha sido recomendada por muchos, hasta en los últimos años.

Sin embargo la realidad es otra. Por el parto, el proceso bronco-neumónico progresa considerablemente y las enfermas se agravan.

Las 7 enfermas que hemos asistido y que fallecieron en el primer semestre de este año, desembarazaron, se agravaron rápidamente y murieron. De nada sirvió los múltiples tratamientos empleados; sueros anti-neumocócicos polivalentes, inyecciones intravenosas de metales coloides, etc.

Una de estas enfermas llegó con un proceso pulmonar bastante avanzado; tenía múltiples focos en ambos pulmones y una intoxicación profunda que la había colocado en un estado semi-comatoso. 24 horas después se produjo espontáneamente, el parto prematuro, comenzó la ascensión térmica—había llegado apirética—y 48 horas más tarde murió.

Las otras llegaron en los comienzos del proceso y dos de ellas no presentaron sino un ligero foco en el vértice del pulmón derecho, pocas horas después del parto se encontraban signos de múltiples focos en ambos pulmones; tres fueron atendidas durante 2 o 3 días en el servicio que está a cargo del Dr. San Bartolomé, para embarazadas enfermas, sin que aumentaran las lesiones que habían traído y como comenzara el trabajo del parto fueron transportadas a nuestro servicio donde desembarazaron. Al día siguiente, los focos se habían multiplicado y se presentaban, numerosos, en ambos pulmones; de 24 a 48 horas después, fallecían.

El 7o. caso fué el de una gestante a término que llegó con dolores de parto, y temperatura elevada, pero no se encontraba lesión pulmonar. Al día siguiente, después del parto, numerosos focos de bronco-neumonía aparecían en ambos pulmones.

Si hacemos, ahora, un examen de los tres casos que sanaron, veremos que sólo una reunía las condiciones de las anteriores, es decir,

que tuvo un parto prematuro estando con bronco-neumonía; también, en ella el proceso pulmonar se amplificó, pero pudo resistir y salvó. de las otras dos, una no desembarazó y la tercera estaba en los primeros meses de embarazo, cuando las resistencias no están agotadas. Nada podemos decir de la marcha que siguió en ella el proceso, pues, llegó cuando el aborto se había producido y presentaba los signos de una bronco-neumonía de los dos pulmones con compromiso pleural.

Observaciones casi idénticas, se han hecho en todos los países visitados por la gripe y en el primer número de la revista de Obstetricia y Ginecología de París, que acaba de editarse, se consignan dos interesantes artículos, que tienen para nosotros el inmenso valor de darnos reglas de conducta para el tratamiento. Estos artículos tienen como título: "*La bronco-neumonía gripal como complicación del parto*", por EKKERT PETERSEN, de Copenhague, y "*La gripe en la Maternidad del Rigshospitalet*, de Copenhague" por E. HAUCH.

De ellos haremos un pequeño extracto para abreviar.

Dice PETERSEN que examinando la lista de los casos mortales de la clínica obstétrica A del "Rigshospital" correspondiente al año de 1918, encuentra sobre 16 defunciones, 9 por bronco-neumonía y que este alto porcentaje se consigna en las estadísticas de otros países. Esta gravedad se ha observado en las epidemias anteriores sin que se haya instituido un tratamiento y ante la imposibilidad de encontrar consejos para tratar a sus enfermos, pensó, si no habría existido durante el parto una complicación que se pareciera a la bronco-neumonía, para ver si era posible ensayar sacar conclusiones que pudieran aplicarse en el tratamiento de ellas, y que la única semejante en clínica era la neumonía crupal en cuya terapéutica los médicos se habían dividido en dos grupos: unos que precisaban el parto espontáneo y otros que intervenían en el período de expulsión, con muy malos resultados.

PETERSEN, trató 23 casos de bronco-neumonía, de octubre de 1918 a febrero de 1919, de los que 17 hicieron el parto espontáneo; en tres se hicieron expresiones ligeras del útero, y a las tres restantes hubo que darles cloroformo para en dos, hacer aplicación de forceps y episiotomía, y en el tercero, extracción y cesárea vaginal. No obstante de que el trabajo fué de corta duración los enfermos se agravaron poco tiempo después y esta gravedad fué mayor y aún mortal, en los casos en que fué necesario intervenir bajo anestesia general.

La primera parte del parto, el período de dilatación, no parece ser agotante y es, sobre

todo, el último período, el de las contracciones de los músculos abdominales, el del esfuerzo expulsivo, el más fatigante y peligroso para estos enfermos tan debilitados y el que hace pensar en la necesidad de la intervención; pero la intervención requiere anestesia general que es muy peligrosa y que agrava el estado general; y la intervención sin anestesia daría lugar a una lucha con el enfermo, para quien la fatiga, a que daría lugar, sería tan peligrosa como el parto espontáneo.

Por estas y otras consideraciones, el autor dinamarqués, recomienda el siguiente tratamiento: si la enferma no acusa sino pequeños dolores y el parto recién se inicia, detenerlo por el uso de la morfina o el pantopón, procurando así, que pase el tiempo más difícil de su enfermedad sin desembarazar.

En los casos en los que no es posible evitar el parto, es necesario, en primer lugar, no mover a la enferma, evitar el traslado de un lugar a otro. Como están en estado de gran debilidad, administrarles estimulantes (aceite alcanforado, digital, cafeína, etc.). Se les debe procurar el reposo más completo posible, los exámenes deben ser cortos y esperar el parto espontáneo o hacer una expresión poco violenta. En los casos de período expulsivo muy prolongado, cuando todo hace suponer, que la espera por más tiempo será fatal para el enfermo, se intervendrá bajo anestesia general.

Después del alumbramiento, emplear la ergotina o uteramina para prevenir las hemorragias que frecuentemente se producen, y sobre todo, en los primeros días, hacer uso de los estimulantes a grandes dosis y en ciertos casos de expectoración difícil, de remedios expectorantes.

En los primeros días que sigue al parto, los enfermos quedarán en reposo y debe abstenerse de todo examen. "El examen de los pulmones en estos días es fatal y debe ser considerado como una falta de gran importancia. Habiendo hecho el examen al comienzo del parto y seguros de que no hay signos de pleuresía purulenta se puede contentarse con él y omitir el examen cotidiano; más tarde, las circunstancias serán naturalmente otras, y entonces se podrá examinar como se hace habitualmente para poder trasladarlos de una manera correcta y justificable".

PETERSEN llega a las siguientes conclusiones:

1o.—*La bronco-neumonía debe ser considerada como una complicación muy grave durante el parto.*

2o.—*El parto, que en la mayor parte de los casos no dura mucho tiempo, debe en general evolucionar espontáneamente;*

3o.—En el período de dilatación, que en general es bien soportado por los enfermos, no se encuentra casi indicaciones de intervención:

4o.—El período de expulsión es la parte más peligrosa del parto. Frecuentemente él es tan rápido, que debe considerarse como imprudente el intervenir. Solamente en ciertos casos, poco numerosos, donde este período se prolonga, se hace necesario intervenir para terminar el parto. Esta intervención debe ser practicada bajo anestesia general, aunque esta maniobra trae un gran peligro para el enfermo.

El profesor E. HAUCH dá las siguientes cifras:

Casos de gripe habidos	Sin complicación		Con neumonia	
	Total	Muertos	Total	Muertos
1º—Durante el embarazo	6	0	17	6
2º—Durante el trabajo...	15	0	16	12
3º—Durante el puerperio.	26	0	6	1

y dice así al terminar:

"Según mi opinión, el parto tiene una influencia nefasta en la marcha de la enfermedad (bronco-neumonia). Yo he visto casos en que la enferma no estaba gravemente atacada y en que la muerte sobrevino, sin embargo, después del parto; en tanto que otros enfermos más graves (4 casos) que no desembarazaron, curaron.

"¿Por qué el parto tiene una influencia desfavorable sobre estas enfermas? Es probable que ellas mueran porque su corazón es deficiente o porque la hematosi pulmonar es muy débil para el trabajo exigido, pero queda por saber si la agravación súbita y no dudosa de la enfermedad durante el parto, es debida a condiciones serológicas, a trastornos de la circulación sanguínea o todavía, a otras razones".

"Las grandes reglas en el tratamiento de las mujeres embarazadas con neumonia grippal son: impedir o detener el parto, el aislamiento, los revulsivos.

"Para impedir el parto, empleamos los supositorios de opio a 10 centigramos, muchas veces por día, la morfina o el pantopón".

"La tranquilidad es de la más grande importancia. Nosotros no practicamos la auscultación sino sobre los lados y parte anterior, quedando la enferma en el decúbito dorsal. El sim-

ple aspecto del enfermo, cianótico, disnéico, la curva y el pulso, son suficientes para hacer el diagnóstico; el resultado de una investigación exacta de los signos pulmonares no puede tener ninguna influencia sobre el tratamiento. Salvo los casos en que se sospeche un empiema o complicación pleural se hace necesario controlar el diagnóstico, pero según nuestra experiencia, estas complicaciones son raras".

HAUCH, administra a las enfermas excitadas y adoloridas morfina y aún cloral; como estimulantes, la mistura alcanforada, la cafeína, la digitilina. Cuando se trata de neumonias, no es partidario de los espectorantes que aumentan la secreción y por consiguiente la tos, perturbando la tranquilidad del enfermo; pero cuando el estado es menos amenazante, los utiliza con grandes servicios.

Este autor llega a las siguientes conclusiones:

1o.—El parto es muy peligroso para las mujeres con neumonia grippal y es necesario impedirlo.

2o.—En los casos graves, el feto, por regla general muere antes del parto y esto es para la madre un signo pronóstico muy malo.

3o.—Una reumonia de embarazada, curada, no tiene ninguna influencia seria sobre la marcha ulterior del embarazo, ni para la madre, ni para el niño.

4o.—El pronóstico para una neumonia comenzada durante el puerperio no es más serio que para los otros casos de neumonia grippal.

Estos tan interesantes artículos no eran conocidos por nosotros durante el último recrudescimiento de la gripe y solamente cuando ésta había pasado, llegaron a nuestras manos merced a la gentileza del doctor Busalieu, que había seguido los casos y presenciado nuestros fracasos.

Un buen día después, se presentó el último caso de bronco-neumonia. Llegó en una camilla la enferma Rosario García, natural de Pachacamac, de donde venía; casada, de 38 años de edad, multipara, de raza india y embarazada a término. No acusaba dolor ni otro signo de parto. Gran disnea, 37°3 de temperatura, tos muy exigente, y a la auscultación se percibía en el vértice del pulmón izquierdo un foco neumónico. Una hora después, desembaraza sin ningún auxilio y sin dolor; el niño estaba muerto y el alumbramiento se hizo sin ningún accidente.

Esta enferma fué colocada, pues, en las mayores condiciones de quietud: vino en camilla e hizo su parto en su cama sin sufrir las molestias del traslado al cuarto de trabajo y el consiguiente regreso. Sin embargo por el ligerísimo examen que al día siguiente practicamos, pudimos observar que ya presentaba varios focos de bronco-neumonia.

En los días sucesivos no la volvimos a auscultar y pusimos en práctica las indicaciones de los autores dinamarqueses, al que agregamos intermedariamente las inyecciones endovenosas de electroargol. Esta enferma mejoró notablemente y abandonó el servicio 22 días después.

Este es el único caso en que hemos podido poner en práctica las normas de PETERSEN y HAUCH, y con buen resultado.

Creemos que todas estas consideraciones nos dan derecho para pensar que:

1o.—La gripe sin complicaciones no es agravada por el parto.

2o.—La gripe sin complicaciones, no interrumpe el embarazo.

3o.—El parto agrava la bronco-neumonía gripal.

4o.—La bronco-neumonía gripal, por lo general interrumpe el embarazo.

5o.—Las indicaciones de PETERSEN y de HAUCH, deben, por hoy, reglar nuestra conducta frente a las embarazadas atacadas de bronco-neumonía gripal.

LIGEROS APUNTES SOBRE LABLASTOMICOSIS EN EL PERU

por SAMUEL LOZADA BENAVENTE, del 7o año de Medicina.

Durante mucho tiempo permaneció confundida la *Blastomycosis*, con el grupo de las *Leishmaniasis*. El vulgo, que muchas veces se adelanta a las investigaciones científicas las había calificado con nombres distintos, tales como *Uta*, *Tiacc-araña*, *Espundia*, etc., atribuyendo sus lesiones a distintos agentes. Los adelantos de la medicina Tropical han venido a confirmar estas aserciones, si no en todo, por lo menos en parte; y es disculpable que entre nuestros hombres de ciencia pasara confundida la *blastomycosis*, ya que la mayoría de los enfermos que acuden a los hospitales de Lima, son leishmaníacos y muy escasos los procedentes de las regiones del Madre de Dios, de las riberas del Tambopata y de algunas de las zonas tropicales de Bolivia, lugares endémicos de *Blastomycosis*. Los notables trabajos de UGAZ y PALMA demuestran esta frecuencia de la *leishmaniasis* entre nosotros y nuestro distinguido maestro de Medicina Tropical doctor JULIÁN ARCE, en su trabajo presentado al Congreso Médico reunido en esta ciudad, al tratar de la *uta* dice: "*La Uta, más conocida y estudiada que la Espundia*, tiene extensa distribución geográfica en el Perú, reinando endemo epidémicamente en determinadas regiones", y así podemos decir que mientras la *Leishmaniasis* tiene su principal foco en el Perú, la *Blastomycosis* lo tiene en Bolivia, donde se le conoce con el nombre de *Espundia*, no dejando por ello de observarse algunos casos procedentes de ciertas regiones de nuestras montañas.

El hecho de que experimentadores, como el ex-decano de la Facultad de Medicina de La Paz, doctor SAGARNAGA, atribuyeran un origen lúpico a las lesiones de las mucosas, no nos llama la atención, puesto que en esa época los

estudios de Medicina Tropical no habían tomado el impulso de hoy, eficacísimo por cierto con la resolución que tantos problemas, y tanto más, cuanto que en los enfermos de este mal la reacción de la tuberculina es positiva por el método de Mantoux, como últimamente parece haberse demostrado.

El sabio RAIMONDI, en la descripción que hace de su viaje por el valle de Santa Ana, en el departamento del Cuzco, confunde la *Leishmaniasis* (*Uta*) con la *Blastomycosis* (*Espundia*), y así, después de describir el aspecto que presentaban los espúndicos dice: "esta enfermedad es común en otros puntos del Perú y Bolivia, donde se le conoce con distintos nombres, entre los cuales el más general es el de *uta*". Lo mismo ocurre con el señor GERMÁN STIGLICH, teniente segundo de la Armada, jefe de la comisión que en 1904, exploró las regiones del Ucayali, Fízcarral y Madre de Dios, para quien la *Espundia*, *uta*, *llaga* o *tiacc-araña*, son una misma enfermedad. El doctor PALMA en su tesis de 1908, al ocuparse de la *espundia* de Bolivia, fué uno de los primeros en hacer notar sus diferencias con la *uta* y aunque dice que por atacar la cara de confunde con aquella, termina por declarar que para él, la *Espundia* se parece a la *uta* fagedénica de los países tropicales. ESCOMEL en 1911, dirigió a la Sociedad de Patología Exótica una importante comunicación sobre lo que esa época se conocía por *Espundia*, y que más tarde había de pertenecer a la *Blastomycosis*, pues al leer la descripción que hace en esa comunicación y compararla con su trabajo de 1914, no encontramos sino pequeñas diferencias con la que se hace hoy día de la *Blastomycosis*, y dice así: "la *Espundia* reina sobre todo en la zona central del Perú, en la región

de los bosques de vegetación exuberante, temperatura cálida, gran humedad; es una enfermedad crónica, caracterizada por ulceraciones granulosas; comienza por un pequeño botón que se transforma más tarde en úlcera atónica, que alcanza a veces 10 centímetros y aún más de longitud y se sitúa en los antebrazos, piernas, cuello, pecho, dorso, hombros y más raramente en la cara o manos: es el chancro espúndico; la úlcera cicatriza y después de un intervalo variable de salud aparente, que puede ser de muchos años, se producen lesiones en las mucosas nasal y bucal. Las lesiones empiezan ordinariamente por el subtabique de la nariz, acompañadas de coriza crónica; en raras ocasiones principia por la boca (bóveda palatina). Las ulceraciones se propagan a las fosas nasales, velo del paladar, amígdalas, faringe, bóveda palatina, mejillas, lengua, laringe y aún a los lóbulos de las orejas y a la cara. La evolución de la enfermedad puede durar 15, 20, 30 años o más, y el enfermo que arrastra una vida repugnante y de aliento fétido, termina con frecuencia, víctima de alguna complicación. "El ensanche de la nariz, consecutivo al hundimiento del tabique es característico y permite hacer el diagnóstico a primera vista. Cuando la lesión ocupa la boca, el aspecto de la bóveda palatina es típico: la mucosa está engrosada, rezumante, granosa y atravesada en todas direcciones por surcos más o menos profundos que separan lóbulos y lobulillos: entre estos surcos he visto con gran constancia, dos que se cruzan casi sobre la línea media y que van, el ántero posterior, de la parte posterior de los incisivos hacia el velo del paladar y el transversal de la región molar de un lado a la del otro. He designado estos surcos tan característicos con el nombre de *Cruz de la Espundia*".

Lo que en nuestro concepto contribuyó más a considerar a la espundia como que pertenecía a las leishmaniasis, era que en algunos casos, en que probablemente estaban asociadas estas dos enfermedades, encontraban *leishmanias* los investigadores, bastándoles esto para calificar de leishmaniásicas las lesiones que observaban, sin seguir sus investigaciones, no sorprendiéndoles el hecho de que en muchos enfermos a pesar de la habilidad técnica de algunos de nuestros investigadores, en repetidos exámenes, no encontraran leishmanias.

En el importante trabajo que presentara al Congreso Médico, reunido en Lima en 1913, el distinguido médico y hábil maestro de Patología Interna Dr. CARLOS MONGE, sobre las *leishmaniasis dérmicas* en el Perú—las formas clínicas—encontramos que, al tratar de las leishmaniasis de las mucosas, dice que esta nunca es primitiva y que siempre es consecutiva a le-

siones secundarias de la piel; y puntualizando el nombre de *chancro espúndico* de Escomel, dice: "nombre magnífico si la *espundia* fuera la única *leishmaniasis* en que este signo se presentara; *chancro leishmaniásico* decimos nosotros puesto que todos debemos conformarnos con la terminología técnica universalmente adoptada". Creemos que es importante dejar claramente dilucidado este punto, pues, efectivamente si está comprobado que las leishmaniasis de las mucosas son secundarias a la aparición de una lesión externa, débese reconocer que el nombre de *chancro leishmaniásico de Monge* es el que mejor conviene, habiendo pasado el *chancro espúndico de Escomel* a ser el *chancro blastomicósico* de la enfermedad que se conocía antes por espundia. Es indudable que algunos de los casos descritos por el doctor MONGE como leishmaniasis de las mucosas andaban mezclados con lesiones blastomicósicas, pues como él mismo dice, todos los casos por él observados, tuvieron un control microscópico, pero, es justo declararlo, parece que empezó a sospechar que no sólo la *leishmania* podía ser el único causante de las lesiones que observaba y así lo demuestra en la relación que hace a cerca de este punto y que copiamos en seguida: "de otro lado esta participación de las mucosas con grandes ulceraciones en la cara, al rededor de las aberturas naturales, insinuándose en ellas, contaminando mucosas, destruyendo cartílagos, produciendo estenosis, y hasta mutilaciones horribles, a nuestro juicio si bien en su mayor número son debidos a una *leishmaniasis* es posible que en ciertos casos, sean de naturaleza tuberculosa, micósica o sifítica. Efectivamente, LUTZ (*Una Mycose pseudo-coccidia localizada na boca-Brasil Médico*-1918). ESPLENDORE (*Zimomonematosi con localizzazione nella cavita della bocca osservata in Brasile Bult. Soc. Pat. Exot. No. 5, 1912*) han descrito una enfermedad semejante debida a hongos microscópicos". Como se ve poco a poco se iba penetrando en el enmarañado problema de esta parte de nuestra medicina tropical y así tenemos que el doctor DENEGRI presentó al Congreso Médico una nueva enfermedad en oto-rino-laringología que hábilmente separó de las leishmaniasis de las mucosas, defendiéndola en interesantes debates llevados a cabo en la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 30 de noviembre de 1912 con motivo de un enfermo presentado por nuestro respetado maestro de Medicina Tropical el doctor JULIÁN ARCE, y que con Justicia decía pertenecer a una nueva enfermedad no descrita todavía entre nosotros y que como más adelante se verá pertenece a la blastomycosis de hoy.

Se vé pues que fueron PALMA, MONGE, DE-

NEGRI y ESCOMEL, los que empezaron a entrever la verdad; así al menos se dejó ver el día aquel en que la mentalidad nacional puso en alto el nombre del Perú, retirándose nuevamente a seguir en la vida austera de la investigación, observando en la clínica y en el laboratorio lo que había de verdad, cupiéndole al fin la gloria de encontrar su agente, describir su anatomía patológica, etc., al doctor EDMUNDO ESCOMEL.

Modificando un tanto los conceptos vertidos sobre la historia de la Blastomicosis, en la tesis que tuve a bien presentar a la Facultad de Medicina, para optar el grado de bachiller, debo declarar, que en el Brasil, LUTZ en 1908, SPLENDORE, en 1912, se habían ocupado de la micosis de la boca y que posteriormente, en el Perú, fué ESCOMEL, el primero en describirla.

UN CASO DE GRIPPE CON BRONCO NEUMONIA Y MENINGITIS TERMINAL

por VÍCTOR PÉREZ ROSAS, *del 60 año de Medicina.*

Señores:

El caso que vamos a relatar, se ha presentado en la sala de San Roque del Hospital del Dos de Mayo, servicio del Dr. Arce. Se trata de un caso de gripe cuya marcha y evolución, relativamente favorables, no hacían presumir un desenlace fatal en la forma violenta como, se produjo.

Moisés Benites, natural de Trujillo, de 40 años de edad, casado, agricultor, y de buena constitución, ingresó a la sala de San Roque el 28 de diciembre pasado, ocupando la cama No. 45.

Antecedentes. Nos refirió el enfermo que siempre había gozado de buena salud y que desde muchacho ingresó a trabajar en las haciendas del valle de Chicama, por cuya razón sufrió constantemente, pero de una manera ligera, de descomposición de cuerpo con ligera fiebre; trastornos que no le impedían seguir en sus ocupaciones, pero que siempre tenía que hacer uso de la quinina. A la edad de 20 años, más o menos, vino a Lima, ingresando a trabajar como jornalero en los distintos fundos de los alrededores, sufriendo repetidas veces de paludismo, tratándose con quinina sin necesidad de ingresar a los hospitales; además, por la clase de ocupación que tenía (trabajo en el agua) sufría frecuentemente de catarros con ligera tos sin arrojar jamás, esputos sanguinolentos.

Enfermedad actual.—Muchos días antes de ingresar al servicio, sintió descomposición de cuerpo, que no le causó gran molestia; este malestar, dice el enfermo, desapareció bebiendo un poco de ron con quinina. Cuatro días antes de su venida al hospital, estos trastornos se intensificaron de una manera brusca; fuerte escalofrío, fiebre alta y pocos sudores; síntomas que al

día siguiente volvieron a presentarse, aunque el escalofrío no fué tan intenso, en cambio, la fiebre fué más alta y se agregaron una tos muy persistente con expectoración muco fibrinosa abundante, cefalalgia intensa, dolor generalizado, dolores de huesos. En estas condiciones tomó un purgante (sulfato de soda) que le hizo gran efecto, quedándole una diarrea, no muy exigente, que conservó hasta su ingreso y que fué desapareciendo en los días siguientes.

Examen clínico.—(29 de Diciembre).—Examinado el paciente por mi jefe el doctor JULIÁN ARCE, se encontró lo siguiente: lengua, seca, tinte sub-ictérico de las conjuntivas oculares, infarto ganglionar ínguino-crural.

Aparato respiratorio. Sub-matites en el vértice del pulmón derecho, estertores mucosos y soplo tubario en el tercio medio del mismo pulmón; soplo tubario con broncofonía y crepitaciones en el tercio medio del izquierdo.

Aparato circulatorio.—Pulso regular, acelerado, dando 106 pulsaciones por minuto.

La temperatura fué de 39°4 en la mañana y 39°8 en la tarde.

Se mandó practicar el examen bacteriológico del esputo, análisis de orina, y en la sangre la numeración y fórmula hemo-leucocitaria e investigación del hematozoario de Laverán.

Día 30).—El resultado de estos análisis fué en el esputo, presencia de *micrococcus cattarralis* y ausencia de bacilo de Koch; en la orina, reacción alcalina, cloruros 10 por mil (en el presente caso debería estar disminuída, porque es sabido, que esa sustancia tiende a concentrarse en el pulmón para aparecer en el esputo), serina 0.35 por mil; úrea no se dosó, sedimento normal.

Examen de sangre:

Hematíes 3.680,000

Leucocitos 10.000

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos	80 %
Polinucleares eosinófilos	0 %
Formas de transición	0 %
Mononucleares grandes	0 %
Mononucleares medianos	2 %
Linfocitos	18 %

No se encontró el hematozoario de Laverán.

Temperatura 38°8, en la mañana y 38° en la tarde. La lengua con tendencia a humedecerse.

Día 31).—Temperatura 38°8 y 39°.

Enero 1o.).—Practicado un nuevo examen, se encontró el pulso en buenas condiciones, los mismos signos en el pulmón izquierdo, y en el derecho el soplo abarcaba el lóbulo inferior, escuchándose estertores crepitantes. Lengua húmeda y temperatura 38°4, en la mañana y 38°4 en la tarde.

Día 2.—Los mismos signos que el día anterior; Temp. 38°3 y 38°7.

Día 3.—Lengua húmeda; se perciben extrasístoles. Temp. 37°9 en la mañana y 37° en la tarde.

Día 4.—Han desaparecido los extrasístoles. Temp. 37°3 y 36°7.

Día 6.—El soplo persiste, pero menos intenso en ambos pulmones; se escuchan estertores sub-crepitantes gruesos.

Día 7.—Temp. 37°1 en la mañana y 38° en la tarde.

Día 9.—Se nota en los esputos rasgos de sangre. Temp. normal.

Día 10.—Los signos no han variado. Tem. normal.

Día 11.—Los signos se van modificando favorablemente. Temp. 37°2 en la tarde.

Día 12.—Respiración soplante en el sitio que ocupaba el soplo en ambos pulmones; hay además estertores roncales. Temp. 38°8, en la mañana y 37°2 en la tarde.

Día 13.—El enfermo amanece en buenas condiciones, pero a las 8 y 1/2 de mañana cae súbitamente en un estado de postración profunda, con contractura de los músculos maceteros que le impide abrir la boca, poco después pierde el conocimiento, las pupilas se dilatan, la piel se cubre de sudor frío, los músculos se relajan, cuando se levantan los brazos caen pesadamente, sobre todo el del lado derecho, lo mismo sucede con los miembros inferiores; de los reflejos, solo el rotuliano se conserva pero con visible tendencia a abolirse; disociación conjugada de la cabeza y de los ojos a la derecha. En este estado permaneció hasta el final. La temperatura alcanzó en ese día, como máximo, 39,2 en la mañana y 40 en la tarde, descendiendo a 39,6 a las 5 y 1/2 p. m., hora de su fallecimiento.

Las pulsaciones oscilaron del 29 de diciem-

bre al 19 de enero entre 106 y 130; y las respiraciones, entre 38 y 48. A partir de esta fecha las pulsaciones se mantuvieron entre 48 y 90 y las respiraciones entre 40 y 44.

Tratamiento.—El tratamiento fué a base de benzoato de soda, acetato de amoníaco, tintura de acónito. Sulfato de esparteína asociado a las inyecciones de aceite alcanforado, solución de digitalina al milésimo entre los días 6 y 10.

Autopsia.—La autopsia dió el resultado siguiente:

Cerebro.—Abierta la cavidad craneana se halló las meninges engrosadas con sus vasos inyectados, lo mismo, que los del cerebro. Un exudado purulento, cubría toda la superficie encefálica y al corte se observó en todo el tejido, un puntillado rojizo y en el cuerpo calloso una sustancia de consistencia espesa, color opalino: la masa cerebral estaba reblandecida.

Pulmones.—Al levantarse el peto costal, se encontró en la parte anterior adherencias ligeras del lóbulo inferior izquierdo; el lóbulo inferior derecho estaba libre. Para extraer los pulmones fué necesario destruir parte del tejido por las fuertes adherencias que existían en la parte posterior, sobre todo, del izquierdo. Ellos estaban congestionados y a la palpación daban la sensación de un tejido carnificado (hecha la prueba del agua, no se iban al fondo) y sentíanse lijeros crujidos lo mismo que al corte; solo en la parte lateral del lóbulo inferior derecho había una pequeñísima porción de tejido hepaticado. En el vértice se percibió una nudosidad que al corte tenía el aspecto de una masa tuberculosa de coloración gris, del tamaño de una nuez rodeada de una cápsula.

Corazón, normal.

Estómago, normal.

Intestino, normal.

Hígado, congestionado, ligeramente aumentado de volumen.

Bazo aumentado de volumen.

Riñones, congestionados.

Cápsulas supra-renales.—Tamaño, consistencia y coloración normal. Debemos aquí hacer algunas observaciones con respecto a las distintas modalidades de estos órganos que hemos podido observar en algunas de las varias autopsias que hemos practicado; en efecto, esta es la segunda vez que las encontramos en buenas condiciones, y es sabido que después de la muerte, éstas se alteran rápidamente, presentándose de un color amarillento y huecas. Ellas han sido observadas, por nosotros, en distintos grados: aumentadas de tamaño, de coloración oscura, completamente huecas, otras, por el contrario, no estaban huecas pero sí, sumamente friables y se deshacían fácilmente.

He querido llamar la atención sobre este

punto, porque las manifestaciones que corresponden a las lesiones en estos órganos y halladas en las autopsias practicadas, no han sido en ninguno de los casos, en modo alguno ostensibles durante el tiempo que estos enfermos han podido ser observados en el servicio; y así, en un sujeto vigoroso que falleció de *cólera nostras* y en el que a la autopsia se encontró una masa tuberculosa enquistada en el pulmón derecho, y no obstante lo rápido de la terminación, las cápsulas estaban completamente alteradas y se presentaban hipertrofiadas, granulosas, de coloración amarillenta y no huecas; en cambio, en otro sujeto, fallecido por una intoxicación alimenticia y que tenía una afección crónica, las cápsulas estaban alteradas de distinta manera, ya no eran amarillentas ni estaban hipertrofiadas: eran compactas, de color oscuro, huecas, friables. Se podría citar otros casos, en que estos órganos no se presentan uniforme-

mente alterados y que hacen pensar que no es solamente la muerte del individuo que da lugar a esta modificación, sino que intervienen otros factores que hacen variar la constitución del tejido cápsular, modificación que sin duda viene operándose paulatinamente durante la vida del sujeto. De aquí se deduce, que teniendo en cuenta el papel que desempeñan las cápsulas en el organismo, según la alteración de estos órganos serán su capacidad funcional; de tal manera que una afección intercurrente dará lugar a un hiperfuncionamiento de estos, que encontrándose ya alterados terminarán por hacerse insuficientes.

Como se ve, el caso historiado tiene, entre otras, la particularidad de haber terminado por una meningo-encefalitis casi fulminante, que se produjo, cuando la marcha de la enfermedad parecía seguir un curso favorable.

Notas y comentarios

DE LOS TITULARES



Dr. Estanislao Pardo Figueroa
Catedrático de Clínica Médica

Nuestro primer número.

Debemos una palabra de agradecimiento a los profesionales y a todos nuestros compañeros de la Escuela de Medicina por la espléndida acogida que supieron ofrecer a nuestro primer número. Se agotó la edición no obstante ser el tiraje de él, superior en número al de todas las revistas médicas que aparecen en la capital. Este éxito periodístico nos halaga sobremanera.

El cambio de dirección de nuestra Revista.

Respondiendo a una exigencia del Reglamento del Centro de Estudiantes de Medicina, ha dejado de presidir la comisión de publicaciones y por tanto la dirección de nuestra revista, nuestro estimado compañero Juan F. Valega. El señor Valega, sin embargo, ha de seguir prestándonos el útil contingente de sus servicios desde su puesto de redactor.

La renovación de la Junta Directiva de nuestra Institución representativa.

Conforme los anunciamos en nuestro número pasado, se llevaron a cabo las elecciones para delegados ante la nueva junta directiva que ha de regir los destinos de la Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina, en el período de 1920-1921.

Merecieron el voto de sus compañeros, los señores Eleazar Guzmán Barrón y Carlos Showing, en 70. año; Alberto Badani y Oscar Soto, en 60.; César Arméstar y José Gamero en 50.; Fernando Loaiza y

Luis F. Bustamante, en 4o.; Carlos Solari T. y Alfonso Maldonado en 3o.; Alfredo León y Víctor Quiroz del Valle, en 2o. y Gonzalo Rodríguez y Luis A. Montoya, en 1o.

La nueva junta directiva ha quedado constituida en la forma que nuestros lectores podrán apreciar en el cuadro respectivo que publicamos.

Ha merecido el honor de la reelección, Elcazar Guzmán Barrón, cuyo entusiasmo y condiciones, le han hecho merecedor de esta nueva prueba de confianza de sus compañeros.

La nueva junta, podemos asegurarle, se propone llevar a cabo con todo vigor y entusiasmo, todos los buenos proyectos e iniciativas de la pasada como los de ella, hasta procurar sea nuestra institución, un verdadero centro de toda clase de nobles actividades.

El Delegado de los estudiantes ante la Facultad de Medicina.

Uno de los pedidos estudiantiles durante el movimiento en pro de la reforma universitaria fué el que cada agrupación estudiantil tuviera ante su facultad respectiva un delegado que hiciera conocer la opinión juvenil en los diversos problemas docentes. La Facultad de Medicina fué la primera institución de San Marcos en conceder a sus alumnos ese derecho. En las elecciones a que convocó el comité directivo del "Centro de Estudiantes de Medicina" resultó elegido por gran mayoría el Dr. Carlos Monge, catedrático joven que se ha hecho acreedor a la simpatía estudiantil por la forma fervorosa como definiendo los intereses de la juventud fernandina. Publicamos en otro lugar la nota en que el doctor Monge, contesta la que le dirigió el Centro comunicándole su elección. Con motivo de esta merecida designación, el Centro organiza un agasajo en honor del doctor Monge, que tendrá lugar en los primeros días del mes entrante.

La instalación de los Laboratorios de Clínica.

Satisfaciendo una premiosa necesidad, la Facultad de Medicina ha ordenado la instalación de laboratorios en los hospitales de Santa Ana y Dos de Mayo, destinados exclusivamente a los servicios clínicos. Como los laboratorios existentes desde tiempo atrás no contaban con el material y tiempo necesarios para satisfacer pronta y oportunamente los pedidos de los jefes de clínica, era natural adoptar una medida como la que dejamos anotada, que no solo simplifica este trabajo de suyo delicado, sino que da la oportunidad para que el éxito en la enseñanza médica integral, sea completo.

Han sido nombrados jefes de esos laboratorios, los estudiantes Juan Monteverde y Pedro Weis, de Santa Ana y Dos de Mayo, respectivamente. Ello es ya prenda segura de la provechosa labor que han de realizar.

El Gabinete Dental del Hospital Dos de Mayo.

Creemos injustificada la supresión de este gabinete, llamado a satisfacer no solo una necesidad social sino también clínica. Son innumerables los casos en los que el médico necesita recurrir a este servicio para realizar la inmediata curación de los enfermos. Nos parece, pues, inútil entrar en análisis minuciosos.

Haciéndonos partícipes de la opinión médica del

Dos de Mayo, pedimos su reinstalación a la brevedad posible, buscando la manera de reducir los gastos que la anterior organización, hubiera podido producir y limitando su esfera de acción al fin propuesto.

Las salas de Necropsias en los hospitales.— Una medida que se impone.

Queremos llamar la atención de la Beneficencia sobre las deplorables condiciones en que se encuentran los mortuorios de los hospitales del Dos de Mayo y Santa Ana. No puede subsistir, sin que ello signifique un agravio a nuestra cultura, el actual estado de cosas en estas dependencias hospitalarias.

Las ningunas condiciones de capacidad, ventilación, higiene y la falta de elementos materiales, de los servicios actuales, nos hace invocar el ilustrado criterio de quienes los tengan a su cargo, para que en el día se proceda a la construcción de nuevos mortuorios o a la inmediata refacción de los existentes, hasta dejarlos en condiciones de responder a las exigencias actuales.

Nos reservamos ocuparnos posteriormente de este asunto con la atención que él se merece.

Las Cátedras libres en la Facultad de Medicina.

La reforma iniciada por la juventud universitaria y amparada por los poderes públicos, ha repercutido hondamente en el carcomido edificio de nuestra Universidad. Uno de los resultados más favorables ha sido el establecimiento de la cátedra libre, conquista alcanzada desde tiempos atrás en las Universidades extranjeras, y que puede y debe llenar

DE LOS LIBRES



Dr. Honorio F. Delgado
Catedrático libre de Fisiología

su programa de perfección cultural. Ella permite el conocimiento de los valores sustantivos de los futuros candidatos a las oposiciones de cátedras, estimula el entusiasmo juvenil y siembra la semilla fecunda de la emulación bien entendida.

Es satisfactorio consignar que ha sido nuestra facultad la primera en el país en adoptar esta provechosa innovación pedagógica. El joven y ya distinguido médico Honorio Delgado, llamado a emprender victoriosas jornadas en el campo del Psico-análisis ha inaugurado el curso libre de Fisiología en el laboratorio Pérez Roca. La impresión que ha dejado en los cerebros juveniles le servirá, no dudamos, de estímulo para continuar en tan ardua como meritoria labor.

Estas líneas van dirigidas también al doctor Constantino J. Carvalho, hijo del ilustre cirujano, cuya desaparición vibra dolorosamente en el alma de los estudiantes, que dicta con singular éxito el curso libre de Ginecología.

Actualidad política estudiantil.—Los candidatos a la presidencia de la Federación.

El organismo estudiantil de toda la República, sufre un momento de intensa agitación. La próxima renovación de la junta directiva de la Federación, que ya debió realizarse el 27 de este mes, ha producido la natural efervescencia que acompaña siempre a este cambio. Felizmente, la nueva organización que el Congreso del Cuzco ha dado a la institución federal, poniendo la elección de los delegados de las facultades en manos de los centros representativos de éstas, ha suprimido o hecho disminuir, muchas de aquellas escenas de las que no podíamos mostrarnos muy orgullosos. La escuela de la pequeña intriga y del maniobreo político, ha sufrido rudo golpe con esta medida. Algo más, la permanente fiscalización de los actos de los delegados elegidos de este modo, por sus entidades electoras, es una garantía que aleja la posibilidad del señorío de los audaces o mediocres. La designación ha de recaer forzosamente en personas que pueda responder ampliamente a la confianza estudiantil.

Este año el interés de la lucha eleccionaria se ha polarizado en la futura presidencia.

Dos estudiantes se disputan el honor de la dirección de la juventud nacional para el período 1920-21, o sea para la gran fecha del Centenario. Los señores Juan Francisco Valega, nuestro compañero de redacción, cuyos merecimientos para pretender ese puesto, son harto conocidos de todos sus compañeros de Medicina, y Raúl Porras Barrenechea, del 50. año de Jurisprudencia.

Después del último y poderoso movimiento de reacción, que con tan feliz éxito llevamos a cabo, habría sido casi ilógico que un estudiante de Medicina—sobre todo de aquellos que fué soldado en la Reforma—no hubiera pretendido llevar hasta la institución representativa de la Juventud del país, la suma de ideales y de fuertes entusiasmos, que informaron el movimiento en nuestra Escuela.

Por eso es satisfactorio apuntar, que esta y otras circunstancias, han despertado al rededor de la candidatura de Medicina, una gran corriente de simpatías estudiantiles, al punto de hacernos pensar en el casi seguro triunfo del señor Valega. Desde luego ello no sería sino la garantía del más completo éxito del futuro comité.

El doctor Escalier, probable presidente de Bolivia.

Conocen nuestros lectores ampliamente, las incidencias, las incidencias del movimiento político opera-

lo en Bolivia, por lo que evitamos todo comentario, que de otro lado no tendría aquí cabida, sobre la significación que él pudiera tener para este país y para nuestra propia patria. Pero si consideramos de nuestro deber relieves desde estas columnas la figura de uno de los más notables leaders de la situación últimamente creada y que parece va a ser quien reciba el mandamiento imperativo de la democracia del Altiplano, de conducirla por el camino de honor que se ha trazado. La descolante figura del doctor Escalier, a quien nos referimos, merece nuestra atención y se hace doblemente simpática a nuestras miradas, por ser uno de los más brillantes médicos de la vecina república, que ha desarrollado con éxito sus grandes cualidades de profesional, aún fuera de su patria, pues como se sabe el doctor Escalier presidía desde hace algún tiempo en Buenos Aires.

El caso del doctor Escalier, médico-conductor de pueblos, sin ser único, es altamente sugestivo, pues nos enseña que la disciplina científica no elimina, antes bien afirma y acrecienta, el desarrollo de otras cualidades del espíritu.

El extraordinario caso de Jorge Clemenceau, "Père le Victoire", el médico vencedor de Alemania es la más relevante prueba de este aserto.

El Centro de Estudiantes de Medicina, teniendo en cuenta las circunstancias que dejamos señaladas y creyendo cumplir con un deber de gratitud, ha acordado enviar al Dr. Escalier un cablegrama de felicitación, a nombre de la juventud médica peruana.

Conferencias próximas.

Siguiendo el programa de extensión cultural que se tiene trazado, el Centro de Estudiantes ha solicitado y obtenido, y nos complacemos en anunciarlas, dos próximas conferencias de los distinguidos maestros doctores Guillermo Gastañeta y Francisco Graña. Estamos seguros, que el solo anuncio de estas disertaciones científicas, ha de despertar el mayor interés entre los estudiantes.

La Biblioteca del Centro.

Con el mayor entusiasmo se lleva a cabo por los bibliotecarios señores Soto y Loaiza, a quienes presta valiosa ayuda el señor Linares, la labor de reorganización de la biblioteca del Centro, para que ella pueda prestar lo más pronto posible, los útiles servicios a que está llamada.

Aprovechamos la oportunidad para dejar pública constancia de nuestro agradecimiento, a los señores doctores Francisco Graña, Constantino Carvalho y Carlos Bambarén, que se han servido obsequiar a la Biblioteca valiosas obras. Ojalá quieran seguir acompañándonos todos los señores médicos, en esta laudable obra de cultura.

La nominación de candidato a la Cátedra de Ginecología.

Procediendo con el más desinteresado y extricto espíritu de justicia, el Centro de Estudiantes, a pedido de los alumnos del 70. proclamó en una de sus últimas sesiones, candidato de honor a la cátedra de Ginecología, al doctor Constantino J. Carvalho, que ha venido dictando con tanto éxito, como lo dejamos consignado en otro lugar, el curso libre de la citada cátedra. Publicamos en el lugar respectivo, las notas correspondientes.

Los jefes de los servicios de Cirugía y sus internos.

Un artículo del Reglamento de los Hospitales, señala como atribución de los internos, el de ayudar a los médicos jefes en las intervenciones quirúrgicas que se realicen en sus servicios.

Como esta disposición ha sido olvidada por muchos jefes que se hacen acompañar por profesionales amigos, ocasionando así grave perjuicio en la preparación de los futuros médicos, el Centro de Estudiantes de Medicina, con muy buen acuerdo, va a hacer las gestiones convenientes para el cumplimiento de ella.

Consideramos un deber expresar nuestra gratitud a aquellos que dando una muestra de cariño a la juventud, fueron siempre a la mesa de operaciones acompañados de alumnos; tal sucede, entre otros, con el Dr. Gastañeta en el hospital del Dos de Mayo, Dr. Morales Macedo en el de Guadalupe (Callao) y en el de Santa Ana el Dr. Samuel García, que sin el carácter de profesor de la Facultad, ha realizado siempre la benéfica obra de enseñar y dar participación a sus internos y externos en las intervenciones quirúrgicas de su servicio.

Campos de tennis y de foot-ball.

Se están haciendo activas gestiones para que los estudiantes de Medicina puedan contar con un campo de tennis y otro de foot-ball. Ya el decano de la Facultad ha ofrecido al presidente del Centro de Estudiantes prestar a estas hermosas iniciativas la decidida colaboración que ellas merecen. El campo de tennis se comenzará a arreglar en breve, dentro del

Jardín Botánico, en lugar adecuado. En cuanto al de foot ball probablemente se utilizarán por el momento los terrenos situados frente a la Facultad de Medicina, que en un futuro se destinarán a Hospital de Clínicas.

Los exámenes de admisión.

En los días 19 y siguientes de este mes han tenido lugar las pruebas de admisión de los alumnos de Ciencias que aspiraban al ingreso de Medicina. El jurado compuesto por los doctores Manuel A. Velásquez, Ramón E. Ribeiro, Anibal Corvetto y Carlos Enrique Paz Soldán, ha recibido las pruebas de más o menos, 30 alumnos, de los cuales solo un 15 por ciento, aproximadamente, no ha sido aprobado. Pero aparte de éstos, ha habido buen número que se ha eliminado no presentándose.

La provechosa reforma por la que se libró tan ardua campaña, no ha tenido este año, sino el carácter de ensayo, que ha de perfeccionarse en los sucesivos.

La colaboración artística de la Revista.

Publicamos con el mayor agrado las caricaturas que nos ha enviado el alumno de 5o. año señor Corzo Masías, esperando que tan simpática actitud tenga numerosos imitadores entre los dibujantes que felizmente abundan en Medicina.

Nota de Redacción.

Suplicamos a todos nuestros colaboradores se sirvan remitirnos sus originales escritos a máquina, y con todas las indicaciones que para su impresión deseen hacer.

CUESTIONES ESTUDIANTILES

REFORMA DE LA ENSEÑANZA SUPERIOR

De la labor realizada por el último Congreso Nacional de Estudiantes, que se reunió en la ciudad del Cuzco, quizás si el aspecto más interesante fué éste de la reforma de la enseñanza superior, tema aún de palpitante actualidad; cuyo estudio fuera encomendado a una comisión que presidió nuestro compañero Sr. Guzmán Barrón e integrada por delegados de las facultades y escuelas. Publicamos por considerarla de especial interés la parte sustantiva del dictamen que emitió dicha comisión.

Cree vuestra Comisión que el estudio de este problema es el más trascendental e importante de todos los propuestos, a la consideración del Congreso; porque tiende a expresar en fórmulas definidas y concretas, el anhelo de los estudiantes en materia de enseñanza. Por mejorarla se provocó el año pasado la más formidable revolución que registran los anales uni-

versitarios, que estremeciendo las bases de la vieja casa de San Marcos, destruyó la tiranía de maestros autoritarios e ineptos, terminando con la victoria definitiva, la primera faz de la gran batalla: la expulsión de todos aquellos malos maestros que no pudieron o no quisieron comprender la magnitud excelsa de este apostolado, y la representación de los alumnos en el seno del Consejo Universitario.

Para concluir, es necesario que los estudiantes todos estén debidamente compenetrados de su altísima importancia, porque en esta segunda faz de la reforma universitaria, es donde se necesita de la mutua colaboración del maestro y del alumno, factores hoy día tan importantes el uno como el otro.

Váis a permitir, S. P., que en apoyo de nuestras conclusiones, comencemos por exponer someramente el moderno criterio sobre la Universidad, para concluir, si, en sus grandes o-

orientaciones, responde a él, el proyecto de Ley Orgánica de Enseñanza que se encuentra en estudio del Gobierno.

La Universidad en el concepto moderno, es un Instituto general, en continuidad indivisa con la escuela primaria y secundaria, constituyendo un nuevo grado.

Nuestro primer pensamiento debe ser la unificación de todos los estudios superiores en un solo instituto, pues ello traería como consecuencia feliz, el beneficio incalculable de realizar la cultura general del universitario, porque así recibe los auxilios para desenvolver su personalidad en todos sus aspectos; en la energía física como en el carácter moral; y en cuanto a los estudios, sin restringir el de la profesión a que dedica sus energías, rompe el estrecho horizonte del especialismo exclusivo, ensancha el de su cultura general, manteniendo así la conciencia de la solidaridad en todos los órdenes del conocimiento.

La especialización mal trasplantada de las Universidades alemanas, a estos países de la América Latina, ha traído como consecuencia el alarmante desarrollo del empirismo exclusivo y rutinario de la teratología mental; a tal punto que muy justamente llama Rodó a los jóvenes víctimas de ella "visceras emancipadas".

Y en apoyo de nuestra tesis, permítasenos citar estas palabras del ilustre maestro hispano Giner de los Ríos: "La Universidad tiene por objeto constituir para el joven el ambiente social más elevado posible, donde halle colaboración eficaz, no solo para su obra en el conocimiento, sino para aquel desarrollo armonioso y simétrico de sus energías corporales, de su conducta moral, de su vida entera, de la cual esa obra es solo parte".

La nueva Universidad tiende a ser, un microcosmos. Abraza toda clase de enseñanzas; es el más elevado instituto de investigación cooperativa científica; prepara no solo para las diversas profesiones sociales, sino para la vida en su infinita complejidad y riqueza; aún más, es el crisol donde se forma la clase dirigente del País, aquella que tendrá los destinos de la Patria entre sus manos. De esta manera la Universidad Ideal dirige hacia un tipo de vida cada vez más completo, no al adiestramiento torpe de una memoria presumida, estrecha y gobernante, sino a una educación abierta a todos los horizontes del espíritu, que llegue a todas las clases e irradie hacia todos lados su acción vital, no solo de conocimiento, sino de ennoblecimiento de dignificación, de arte, de cultura y de goce.

Luchemos arduamente por destruir para siempre el anacrónico tipo de la Universidad meramente instructiva, que imaginaba poder

contar para el éxito de la enseñanza, solo con la inteligencia, como si fuera una entidad aislada e independiente y no una función del espíritu todo, uno e indivisible.

La intervención del Estado en todos los grados de la enseñanza, no necesita justificación de nuestra parte. La reclaman un alto espíritu de nacionalismo y un noble interés patriótico.

A los principios fundamentales de vigilancia y control amplios del Estado, acordados en todos los países a los representantes de su soberanía, se agrega entre nosotros una consideración patriótica: la de no estar aún definitivamente formada el alma nacional. Al Estado incumbe esa enseñanza trascendental, para la que el factor más poderoso es el de la enseñanza, cuyo control deben ejercer celosamente los poderes públicos.

Esta necesidad imperiosa en la primera y segunda enseñanza, se hace aún más imprescindible en la enseñanza superior, destinada a formar la clase directora, la *élite* intelectual del país. El Estado debe velar porque esa clase sea educada en el respeto, en el amor a las instituciones propias, en el culto de los grandes ideales patrios y de frente a la realidad nacional.

La juventud debe sentir, inspirada por sus maestros, el orgullo de la raza y de la gloriosa tradición vernácula. El Estado debe vigilar porque no se inculquen a la juventud doctrinas anacrónicas o se la induzca a sectarismos peligrosos.

La unificación de la enseñanza debe ser por ello un ideal constante al que nosotros debemos colaborar. Frente al problema de la unidad de la conciencia nacional, unidad de pensamiento y de acción, este Congreso de Estudiantes está en el deber de sostener la unificación de la Enseñanza Superior y destruir los gérmenes de futuras discordias.

Cuando ese ideal se haya cumplido, será tiempo de abrir las ventanas del edificio que hayamos construido, a todos los vientos del espíritu, seguros de que es bastante fuerte para soportar aún los huracanes destructores, y acceder a las sugerencias de bellas idealidades, hoy día impracticables.

No es ya idealismo juvenil la intervención del alumno en la marcha de la Universidad. Lo que tímidamente se propusiera en el seno del 3er. Congreso Internacional de Estudiantes, es ya realidad hermosa. Hoy no se concibe la existencia de la Universidad, sino como la relación armónica de dos factores igualmente indispensables: el maestro y el alumno, y es de su concurrencia solidaria y de su colaboración común, cómo ha de surgir la nueva Universidad, que se levantará vigorosa y lozana, apoyada sobre las

sólidas bases de la sabiduría, experiencia pedagógica y afecto del maestro y el alma inquieta, optimista, abierta siempre a las nuevas orientaciones, del estudiante.

Y es por esta mutua colaboración del alumno y del maestro, que los lazos de solidaridad se irán volviendo indestructibles y resurgirán así renovadas las venerables universidades; y con esta maravillosa y pujante transusión de la sangre joven del estudiante, volverán a adquirir sus gloriosos prestigios de año a año.

Pero esta mutua colaboración que solicitamos y defendemos ardorosamente, no se refiere solo a la representación de los alumnos en el seno del Consejo Universitario. De ningún modo. Ella debe ser amplia y eficaz y debe abarcar la vida activa de la Universidad en sus diversos institutos.

Deben los estudiantes intervenir verdaderamente por intermedio de sus delegados y contando con un voto proporcional en la elección de rectores, decanos y catedráticos así como en la separación de los ineptos y en todas las decisiones de las Facultades y Escuelas respectivas. Esta activa intervención del alumno en la vida universitaria, que en las Facultades y Escuelas debe realizarse por una delegación mixta—un profesional y un alumno—traerá como consecuencia inmediata el seguro progreso en los institutos de enseñanza superior y a la vez moderará los ímpetus de la juventud en sus nobles ansias de rápido perfeccionamiento, porque, puestos en contacto con las dificultades del medio, sus peticiones se ajustarán a la realidad nacional.

La representación mixta tiene lógica explicación, porque junto al profesional que ponderadamente expresa los deseos del estudiante, estará éste que íntimamente conoce sus necesidades y en pocas circunstancias sabrá defender los ideales estudiantiles con más independencia y con más vigor y energía.

Es indudable que para que sea una realidad ha'agadora la reforma de la Universidad, se hace indispensable que ella cuente con completa autonomía económica; y con la misma firmeza con que defendemos la intervención del Estado en las normas generales de la enseñanza, defendemos también la autonomía económica de las Universidades. El rápido progreso de la Ciencia, su maravilloso desenvolvimiento sobre todo en estos últimos tiempos, nos obligan—a riesgo de quedar demasiado atrasados—a otorgar rentas seguras y progresivas a los institutos de enseñanza, para que se hallen en disposición de seguir sus progresos. Las dificultades por las que actualmente atravieza la Facultad de Medicina por conseguir una modesta suma para la

reorganización de sus gabinetes y laboratorios, nos parece el más sólido argumento en pró de esta autonomía económica y de la obligación del Estado de crear rentas progresivas.

Mucho se ha hablado sobre la plétora de profesionales que invaden nuestro país, sin haber conseguido poner un remedio a este vicio nacional. La solidaridad con nuestros compañeros de las Universidades Menores, nos veda tocar el importantísimo punto de la necesidad de su subsistencia o supresión.

Es necesario hacer comprender a las jóvenes generaciones, que es tiempo ya de abandonar el trillado campo del profesionalismo liberal, que es tal vez una de las causas de nuestra politiquería endémica. Despertémosle interés y amor por nuestras inexplotadas riquezas nacionales; hagámosle comprender que es allí donde encontrarán un porvenir más halagüeño; que es explotándolas como se sirve a la Patria, porque el desarrollo económico de esta, tiene que conducirla a su grandeza y prosperidad en todo orden de cosas.

Abramos de par en par las puertas de los Institutos Técnicos, suprimiendo toda gabela al alumno.

Luchemos porque la selección en los Institutos de Enseñanza Superior sea efectiva y verdadera; pues si los alumnos obligan a sus maestros el estricto cumplimiento de sus deberes, deben también tener la hidalguía de pedir para ellos, un estricto control de sus aptitudes propias. Solo así podrá conseguirse levantar el nivel de las profesiones y contener la irrupción de elementos bastardos.

Es indudable que la manera como se verifican los exámenes finales en la actualidad, exigen su modificación inmediata. El método anacrónico que hoy se emplea, trae como consecuencia el alarmante desarrollo del memorismo, la apatía por la investigación personal, la desaparición de la propia personalidad. Dedicado el alumno durante todo el año al ocio enervador, solo faltando un mes, se preocupa de buscar los programas de examen y preguntar los autores que agradan al profesor; y pasando sobre las más elementales reglas de higiene mental, someten su cerebro a un enorme surmenage intelectual, atiborrándolo de las materias más diversas sin intervalo alguno. El resultado no puede ser más deso'ador; habiendo dedicado mañana tarde y noche a devorar los cursos que abarca el año universitario, llega el alumno al examen, fatigado, física e intelectualmente y con una penosa excitación nerviosa, solo espera el momento de arrojar a los examinadores el pesado fardo de todo lo aprendido para poder salvar el año con la nota más o menos al-

ta, según su mayor o menor devoción a los premios. A los pocos meses de todo este sacrificio, sólo quedará grabado en el alumno, el recuerdo del punto que le tocó en el examen, el que más tarde también se esfumará.

Los daños del actual sistema de exámenes son tan grandes para la juventud universitaria, sacrificando las facultades superiores a la rutina, olvidando tan rápidamente como rápidamente se aprende, cultivando la superficialidad para tratarlo todo, subordinando la espontaneidad y la sinceridad al convencionalismo de las respuestas a un programa, que—estamos seguros—son ellos los que han convertido a nuestra Universidad en una fábrica de profesionales donde el alumno no solo se preocupa de salvar el año con el objetivo de obtener un diploma e ir a repartirse a las distintas provincias para practicar un rutinarismo imperdonable, si se trata de un médico o para envenenar el alma del pueblo suscitándole querellas o unciéndole a una política malsana y partidarista, si se trata de un abogado.

Estas ideas, señor presidente, han sido ya expuestas multitud de veces por notables maestros de ilustres Universidades. Es pues, un deber de la juventud apoyarlas abiertamente. Pidamos la supresión de los exámenes tales como hoy se realizan "mecánicos reglamentarios y solemnes, reemplazándolos por otros espontáneos ocasionales y sencillos". (Freeman).

La reglamentación de estos exámenes debe ser hecha por cada Facultad, porque tienen que ser diferentes en las Facultades de Ciencias, Medicina y Escuelas Especiales, donde la práctica que tiene grande importancia, que en las Facultades de Letras y Jurisprudencia. Los trabajos prácticos, las monografías, las pruebas mensuales deben reemplazar a los exámenes finales, siendo estos, solamente el promedio de las pruebas verificadas armónicamente durante todo el año.

Por doloroso que sea confesarlo, en nuestro país el alma nacional no está aún formada;

no poseemos todavía la virtud de sentir el orgullo de nuestra raza. La enseñanza debidamente orientada, está llamada a darse a. Es por ello de necesidad absoluta imprimir un carácter eminentemente nacionalista a la enseñanza en todos sus órdenes. Castíguense severamente a los establecimientos de educación donde no se cumpla este precepto. Dedíquese preferente atención en las escuelas, colegios y universidades al conocimiento de nuestra Patria; su historia gloriosa, su accidentada geografía, sus maravillosas riquezas mineras y organizadas; su propia patología, son otros tantos veneros inagotables de enseñanza. Tantos misterios encierran en su seno, que es deber imperioso de la juventud el esforzarse por desentrañarlos, contribuyendo así no sólo al mayor conocimiento del país, sino a darle lustre y renombre.

Por estas razones la Comisión Dictaminadora del Tema II propone a la consideración del Primer Congreso Nacional de Estudiantes las siguientes conclusiones:

1a.—La enseñanza superior debe estar bajo el control del Estado.

2a.—Las Universidades deben gozar de autonomía económica absoluta.

3a.—El Estado debe crear rentas progresivas para subvenir a las necesidades de ellas.

4a.—La enseñanza en los institutos superiores de carácter técnico debe ser gratuita.

5a.—Las Facultades y Escuelas Especiales se radicarán en los distintos lugares del país según sus necesidades regionales.

6a.—La orientación de la enseñanza en todas sus facetas debe ser eminentemente nacionalista.

7a.—El Congreso Nacional de Estudiantes hace suyo el proyecto de Ley Orgánica de Enseñanza y le presta, con las siguientes modificaciones, su más decidido apoyo.

Cuzco, 20 de marzo de 1920.

E. S. Guzmán Barrón, Raúl Porras Barrenechea, Luis E. Galván, Francisco Sánchez Ríos, Humberto del Aguila.

DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Lima, 22 de Julio de 1920.

Señor Presidente de la Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina.

Muy señor mío:

He recibido la atenta nota del Centro de su digna Presidencia en que me comunica haber sido designado como Delegado de los estudiantes en el seno de la Facultad de Medicina.

Al aceptar tan honrosa designación me es sumamente grato dejar constancia de que estoy animado de los mismos móviles que originaron la campaña que con tanto éxito llevaron ustedes a cabo por la Reforma Universitaria y que han de encontrar en mí un celoso defensor del papel que toca desempeñar a la Juventud en la obra de reconstrucción en que todos estamos empeñados.

Muy agradecido a los benévolos términos de su nota, soy de Ud. atento servidor.

Carlos Monge.

Lima, 19 de julio de 1920.

Sr. Decano de la Facultad de Medicina.

S. D.

El pasado movimiento estudiantil que ha producido en el seno de la Escuela de San Fernando el resurgimiento de una nueva vida activa y fecunda, ha dejado también como conquista necesaria—para que reine siempre la armonía entre maestros y alumnos—la intervención de éstos en la elección de catedráticos.

Ante la próxima realización del concurso de Ginecología, primero de este nuevo período, reina entre la juventud estudiosa, ansiedad verdadera e interés supremo. Y ello es explicable. Hoy que corrientes de mútua simpatía y de verdadera cordialidad se desarrollan entre maestros y alumnos, esperamos que los concursos se realizarán en el mismo ambiente y así la designación recaerá sobre aquel que mejores aptitudes de maestro hubiere mostrado.

Este concurso se desarrolla, señor Decano, en excepcionales condiciones. Nombrado por la Facultad como profesor interino uno de los opositores, ha venido dictando el otro opositor, un curso libre, dando así a los estudiantes oportunidad para palpar cotidianamente la preparación, el entusiasmo y los métodos pedagógicos de uno y otro. De acuerdo con las modernas tendencias, ambos opositores han presentado a los alumnos la exposición de su enseñanza y de este modo la juventud de San Fernando se ha encontrado en aptitud de apreciarlos justiciariamente, sin apasionamientos perjudiciales, teniendo en mira tan solo su propio beneficio, por ser ella quien va a recibir tal enseñanza.

Hemos creído conveniente expresar estas razones para que se aprecie en todo su valor, el voto de honor de los estudiantes.

Los alumnos de Medicina, señor Decano, que han escuchado las lecciones de los dos opositores a este concurso, han acordado por intermedio de su Institución representativa, conceder por aclamación su voto de honor, al Dr. Constantino J. Carvalho, quien en la serie de lecciones que viene dictando ha revelado no solamente gran precisión técnica, sino sobre todo un admirable método de enseñanza.

Si los catedráticos de la Facultad de Medicina inspirados solamente—como tenemos la seguridad que lo están—en llevar a la cátedra a profesionales que pongan en su servicio todo su entusiasmo, haciendo de ella un centro de actividad y le labor verdadera, consagran con sus votos como catedrático de Ginecología al Dr. Constantino J. Carvalho, practicarán no solo un acto de estricta justicia, sino que contribuirán a sostener el prestigio en que supo mantenerla su ilustre fundador, haciéndose acreedores al fervido reconocimiento de los alumnos.

Dios guarde a Ud. señor Decano.

El Presidente, Eleazar Guzmán Barrón.

Los Secretarios Carlos Solari.—Alfonso Maldonado.

Lima, 21 de julio de 1920.

Sr. Presidente de la Sociedad Médica Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina.

Ciudad.

Estimado Señor.

He recibido la atenta nota de ayer suscrita por Ud. y por los señores secretarios de la institución representativa de los estudiantes de medicina en la que se dignan Uds. comunicarme que, en su última sesión ella ha acordado por aclamación otorgarme su voto de honor como candidato de los alumnos para la Cátedra de Ginecología, en el concurso que próximamente debe de realizarse; y tienen a la vez, la gentileza de expresarme que ese voto, honrosísimo, lo han dado teniendo solo en consideración los bien entendidos intereses de la enseñanza, pues han juzgado Uds. sobre la serie de lecciones dictadas por mí y por que tienen también la seguridad, que la Cátedra de Ginecología regentada por mí ha de conservar siempre el prestigio en que supo mantenerla su ilustre Fundador.

Permítame Señor Presidente que no sepa encontrar las palabras adecuadas para expresar a Uds. mi profundo agradecimiento por el inmenso honor que me han otorgado los estudiantes de medicina al conferirme ese voto con que la juventud de San Fernando quiere premiar, inmerecidamente, mi entusiasmo por la enseñanza y mi vivísimo anhelo de cooperar en la obra gloriosa de mi recordado padre, únicos ideales que me han impulsado y que me alientan en la lucha por merecer la sucesión de su prestigiada Cátedra.

Hoy d'a, sabiendo que me acompaña la simpatía de la juventud, que ha juzgado sobre mi esfuerzo, creo que mis escasas fuerzas y merecimientos se centuplican y por este aliento que me han dado les estoy, vuelvo a repetirlo, profundamente agradecido. —Suplico a Ud. señor Presidente exponerlo así a todos los miembros del Centro de Estudiantes de Medicina.

Con sentimientos de especial deferencia soy de Ud. atto. y SS.

Constantino J. Carvalho.

RESUMEN DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA Y CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.

Sesión de instalación del Comité Directivo de 1 año de 1920.

15 de junio.—A las 6 y media p. m. y presentes los delegados señores Guzmán Barrón, Showing, Soto, Armestar, Gamero, Loayza, Bustamante, Quiroz del Valle y Rodríguez, el señor Guzmán Barrón presidente; cesante, hizo presente que de conformidad con el reglamento, iba a tener el honor de presidir la primera sesión del nuevo Comité Directivo, con el objeto de verificar la elección de cargos. Designó al Sr. Bustamante para que sirviera de secretario.

Se incorporó a los delegados por el tercer año Sres. Solari y Maldonado.

Acto continuo se procedió a la elección de cargos con el siguiente resultado: Presidente, señor Eleazar S. Guzmán Barrón; secretarios, señores Alfonso Maldonado y Carlos A. Solari Tamburini; Bibliotecarios, señores Oscar Soto y Fernando Loayza; Tesorero, señor Gonzalo Rodríguez.

El Presidente manifestó que habiendo demostrado la práctica que era imposible que el tesorero se encargara solo de la recaudación de las cuotas de los socios, proponía que se encomendara dicha recaudación, a los delegados de cada año. Aceptada esta proposición, el presidente designó con tal objeto para el presente mes a los señores Showing, Soto, Gamero, Loayza, Maldonado y Quiroz del Valle para sus respectivos años.

Se levantó la sesión a h. 7 p. m.

Sesión del 18 de junio.—Abierta la sesión bajo la presidencia del señor Guzmán Barrón y con asistencia de los delegados señores Showing, Soto, Gamero Badani, Loayza, Bustamante, Maldonado, Solari, Quiroz del Valle, Rodríguez y Montoya, se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El Secretario dió lectura a los siguientes oficios: dos de la Federación de los Estudiantes, sobre constitución de los Centros Federados y reglamentación de las elecciones a delegados para dichos Centros; del alumno del 6o. año señor Albán, solicitando se oficie a la Facultad pidiendo que el catedrático de Higiene, abra su curso o en su defecto se proceda

a nombrar un profesor interino; de los alumnos del tercer año solicitando se oficie a la Facultad para que el curso de Anatomía Topográfica pase al 4o. año.

El señor Bustamante pregunta cual será la actitud del Centro ante las notas que los demás Centros de las otras Facultades, enviarán comunicando su instalación.

El señor Soto pide se envíe una nota las Beneficencias de Lima y Callao solicitando que las Jefaturas de los servicios hospitalarios sean provistas por concurso.

El señor Bustamante pide el nombramiento de un jefe de trabajos prácticos de Anatomía Topográfica y que las ayudantes se otorguen a los alumnos que hubieren mostrado mayor competencia. El mismo señor solicita que el Centro tome alguna actitud sobre el hecho de que el curso de Química primer año estaba regentada tan solo por el jefe de práctica.

ORDEN DEL DIA: Puesto a debate el pedido de los alumnos del tercer año fué aprobado. Se acordó así mismo oficiar a la Facultad de Medicina indicando que el catedrático de Química, no había dictado todavía una lección a los alumnos del primer año y reiterar el pedido del nombramiento de una comisión vigiladora de la enseñanza. Se acordó pedir a la Facultad que las ayudantes sean provistas teniendo en cuenta ternas de los alumnos mejor preparados, las que serían presentadas por el Centro.

Se acordó esperar el reconocimiento de la Facultad respectiva antes de entrar en relaciones con los Centros de Estudiantes de reciente creación.

Se acordó oficiar a las Beneficencias de Lima y Callao en el sentido indicado por el señor Soto con la adhesión del Sr. Badani.

El presidente propuso y fué aprobado, a los siguientes señores para que presidan las diversas comisiones cuyo rol está marcado por el Reglamento.

Presidente de la Comisión de Publicaciones, señor Showing; de Conferencias, Sr. Badani; de Conversatorio Clínico, señor Soto; de Sport, señor Gamero; de Extensión Universitaria, señor Bustamante; de Excursiones, señor Quiroz del Valle; de Beneficencia y Hospitales, señor Armestar.

VARIEDADES

RECUERDOS DE LA VIDA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA PARISIEN

Al honrarnos, aceptando la atenta invitación del estudioso Interno de los Hospitales de Lima, señor Carlos Showing, de colaborar en las páginas de la *"Revista de los Estudiantes de San Fernando"*, tenemos que confesar nuestra timidez. Son tantos y tan buenos los artículos contenidos en los números precedentes, que al no presentar un trabajo técnico lleno de citas y profusamente documentado, hubiéramos tenido que rehuir humildemente, una acogida, que, —desde el primer momento,—la consideramos franca y amistosa.

Hace, apenas, algunas semanas que hemos podido conseguir un domicilio en ésta semi-

misteriosa Lima, y en consecuencia, sólo hemos tenido la ocasión de tratar casos de micro-patología del nuevo Consultorio; inconveniente éste último, que nos priva de examinar otros enfermos, que: crónicos, incurables y descontentos. De otra parte, los apuntes que tomamos actualmente, en el servicio del señor Profesor Odriozola, cuya amabilidad y experiencia nos son particularmente apreciadas, están orientándonos recién, en la Clínica Nacional,—si se nos permite el calificativo,—y nos disculparemos, con el título que encabeza ésta noticia, que responde al cariñoso motivo que nos trae aquí.

Para ser estudiante de medicina francés,

se requiere, después de cursar la enseñanza clásica o moderna (secundaria en el Perú), que confiere el título de Bachiller, obtener en la Facultad de Ciencias, un certificado especial llamado del P. C. N. (Los alumnos extranjeros obtienen equivalencias o dispensas). Este último certificado (P. C. N.), constituye el cedazo, un verdadero concurso de ingreso a la Facultad de Medicina. No insistiremos en los programas que se siguen, ni en la manera disciplinaria militarizada como funciona; basta sintetizarlo, diciendo que es una prudente transición entre la vida del caustro colegial y la de completa libertad del estudiante de medicina.

Una vez alumno de medicina, el futuro Doctor, comienza a contar por inscripciones el acercamiento final de sus estudios. En el régimen antiguo, se tenía 16 inscripciones que tomar; en el nuevo son 20. Por regla general, se toma una inscripción por trimestre de aprovechamiento debidamente comprobado; sujetándose los exámenes, a la toma de inscripciones, en épocas distintas del año, y a voluntad del alumno. En el régimen nuevo, los exámenes son a épocas fijas, dos veces por año, pero esto ha descontentado a los estudiantes; y, se espera el retorno al antiguo sistema de exámenes libres. La vida reglamentaria del estudiante, se reduce a la más simple expresión: asiste muy poco, poquísimo, a clases y conferencias de la Facultad, a menos, de aproximarse la fecha, en la cual desea presentarse. En cambio, es un asiduo y cumplido concurrente a los trabajos prácticos, al hospital y a la biblioteca.

La vida de biblioteca, por el confort que se encuentra y por la estimulación que comunica, es un algo orgánico en el estudiante. Fuera de las espléndidas bibliotecas médicas de la Facultad, de la Soborna y de Santa Genoveva, todos los hospitales tienen anexos a la Sala de guardia (residencia de los internos), una magnífica biblioteca; la Asociación General de los Estudiante (rue de Ecoles) y la Corporativa de los Estudiantes de Medicina (rue Danton), poseen confortables salones repletos de obras de consulta, de precisos de revisión rápida, esqueletos, microscopios, cortes y preparaciones de todo género. Todas esas bibliotecas, sin excepción, funcionan de noche, como de día, y están constantemente llenas de trabajadores pluma en mano. Es sumamente intensa la labor de escritura que realiza el estudiante francés; por donde él vá, está tomando apuntes y redactando cuadros clínicos de los enfermos que encuentra. Esta costumbre explica, la naturalidad con que, el más joven maestro, dá a un discípulo un tema de tesis y su documentación concerniente. Contribuyen a ello, indudablemente, las viejas prácticas de exámenes y concursos escritos en casi

todas las etapas de la instrucción pública. Hija de la rapidez con que se anota y escribe, escuchando un orador, es el hábito de abreviar, los términos más empleados: *Aná*, por Anatomía; *Fisió*, por Fisiología; *Pató*, por Patología; *P. C. N.*, por Física, Química y Naturales; la *Corpó*, por la Corporativa de los estudiantes de medicina; la *Fá*, por la Facultad. Abreviaciones, que se generalizan y van llegando hasta nosotros, como sucede con *Cinema*, por Cinematógrafo.

En el curso de los estudios, nada intriga y preocupa más, al estudiante de medicina, que su ingreso a la vía de concursos de hospital. El estudiante de medicina, puede asegurar que siempre llegará al Doctorado, con un poco de constancia; pero, *hélas*, grave defecto del plan médico francés: persiguiendo, directamente, exclusivamente el Doctorado, se aventura de descolgar el diploma, sin haber puesto una inyección hipodérmica en un enfermo de hospital. El monopolio de la práctica hospitalaria, se reservan los embonetados de concurso, y si algo practica el *stagiaire*, (alumno sin concurso), es por concesión del externo o con autorización del interno del servicio.

Los concursos de hospital, durante la vida del estudiante, son dos: el Externado y Internado. Para presentarse al primero, se requiere poseer 4 inscripciones de una Facultad de Medicina, certificado de vacunación, etc.; para presentarse al segundo, un minimum de un año de funciones de externo, con "*Exactitude, Subordination et Zèle*", según consta del certificado clásico.

El primer concurso, el externado, es relativamente fácil: Diez minutos, en pruebas separadas por mitades (*Aná* y *Pató*), delante de dos jurados compuestos de 4 miembros cada uno. Solo el candidato habla; los miembros del jurado, escriben todos, mientras oyen hablar al candidato: *es la prueba más interesante de la pasión por la escritura*. Sin embargo, éste concurso, causa infinidad de víctimas, en las filas de estudiantes, no produciendo la menor extrañeza el que lo echen a uno, puesto que es imposible servirse de trampas, al frente del sistema de salas, en las que se encierra al candidato custodiado de un guardián incorruptible.

Se asegura que, el Internado, es de todos los concursos médicos, inclusive los superiores, el más rudo y difícil. Tres años de especial preparación, sin ocuparse de inscripciones, de exámenes en la *Fá*, ni de teatros y *rendezvous* sentimentales, es la casi única garantía del éxito. Consiste, el concurso, en dos horas de redacción, sobre dos temas sacados por suerte (de entre los 500 o 600, que hay que preparar), más diez minutos de peroración sobre otros dos

temas, delante de dos jurados, compuestos de seis miembros cada uno.

Ambos concursos comienzan en fechas fijas: el externado, en setiembre; el internado, en octubre de cada año. Antes de la guerra, el escrito del internado, tenía lugar el tercer lunes de octubre, a las 12 del día en punto. Después de algunas semanas del triunfo alcanzado, en los concursos, se escojen en sala plena (previo visitas personales) a los maestros, los *patrones*, como se les llama, con quienes se debe trabajar un año. Las funciones de externo duran seis años; las de interno cuatro. Desde el primer día de funciones, en el servicio escogido, hay que redoblar los hábitos de escritura: todos los días, el *patrón*, pide la presentación de los enfermos nuevos entrantes, por escrito. Se trata, nada menos, que de pequeños discursos leídos por el discípulo concursado, algunos de los cuales son preciosas piezas de retórica clínica, y que el *patrón* corrige, amplía o oplaude, cotidianamente de 9 a. m. a mediodía. El interno, hace la contra-visita, a las 6 p. m.

Así se inicia la verdadera vida del hospital, y aparecen los primeros encantos, los sólidos eslabones de la confraternidad profesional: el externo, es el *cadet* (segundo hermano); el interno, el hermano mayor; y el *patrón*, es como un padre. El externo tiene un pequeño sueldo, en relación a la distancia del hospital al centro de la ciudad, y también, a veces, el desayuno, pero es invitado a comer, de tiempo en tiempo, por su interno. El interno, gana mejor sueldo, y vive completamente en el hospital; la *sala de guardia*, es su domicilio legendario. Hay tantos internos, como patrones de medicina; los patrones de cirugía, tienen dos y tres internos cada uno. Los internos, comen, duermen, trabajan y tertulian en el hospital mismo. La sala de guardia, es e proscenio adorado, de la existencia intensamente juvenil del interno: allí entra, ávido de curiosidad y complacido al mismo tiempo, el amigo célebre en arte, el camarada reputado en literatura; allí va también, la amiguita preferida y las íntimas de ésta; y, por fin, los partidarios refinados, de los quehaceres lucrativos y que tienen a mucha honra, estrechar la mano del interno de los hospitales. Fijan permanentemente, ésta cinta cinematográfica hospitalaria en los muros y paredes de la sala de guardia, cuadros de desnudos, manchas delicadas y alegorías jocosas de pintura al óleo. Ca-

da interno tiene, sin embargo, su habitación aparte, que la ornamenta con amplia libertad.

Al término del año hospitalario (marzo o abril) un *chic patron*, invita una comida de despedida a sus externos e internos, y los presenta a su familia. Los internos, a su vez, cumplen a sus externos, con una gran comida, que se ha hecho histórica, porque tiene lugar, la noche del día de la apertura del concurso del Internado (tercer lunes de octubre ya citado) y que es como la introducción de la gran fiesta médica: el *baile del Internado*, cuya descripción, tuvimos la ocasión de bosquejarla, en nuestra conferencia sobre, "*Ideas y Prácticas Médicas Franco-Españolas*", la noche del 11 de diciembre último, en la Federación de Estudiantes.

Cumplidos, o nó, que sean los cuatro años de Internado, prolongándose de uno (el 5o.), en caso de obtención de la medalla de oro, el muy próximo Doctor en medicina, pues que no existe otro título académico, pasa sus últimos exámenes y escribe la tesis, bajo la dirección de alguno de sus patrones más predilectos. La tesis, impresa obligatoriamente, es sustentada ante un jurado compuesto de cuatro catedráticos (el presidente, es elegido anteladamente por el candidato), generalmente con muy pocas objeciones; las cuales objeciones, si son, apenas, contestadas por el candidato, lo son siempre, más que con respeto, con marcada subordinación. Ocurre, con bastante frecuencia, que los catedráticos se concretan a hacer el elogio del graduado.

La noche del día de la tesis, siguiendo arraigada costumbre, el joven Doctor, ofrece a sus compañeros y amigos, los más íntimos, el *Dîner de Thèse* (comida de Tesis), sea en la Sala de Guardia o donde le plazca, pero sin faltar, naturalmente, la renombrada y humorística alegría; terminando el todo, en medio de brindis *grivois* y de canciones espirituales,— como acaba cualquier acontecimiento francés, por grave que éste sea. Posteriormente, cada año se repite, en el hogar del profesional, ésta comida de Tesis, que reconforta y rejuvenece, como un bien merecido festejo de la campaña estudiantil. Ese día, se desarrolla, para tomar aire y luz, el diploma de nuestras ilusiones, que fueron; de nuestra honorabilidad, que perdura.

Dr. DÁVILA.